

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N° 319

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jules GHELERTER

Né le 18 juillet 1903, à Jassy (Roumanie).

LES TOXICOMANIES

(ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE)

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jules GHELERTER

Né le 18 juillet 1903, à Jassy (Roumanie).

LES TOXICOMANIES

(ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE)

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROUVIERE
Physiologie	CUNEO
Physique médicale	ROGER
Chimie médicale	STROHL
Bactériologie	DESGREZ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT
Pathologie médicale	Marcel LABBE
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LECENE
Histologie	ROUSSY
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	TIFFENEAU
Thérapeutique	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	LOEPER
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée	MENETRIER
	RATHERY
Clinique médicale.	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique et maladie des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
	DELbet
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiat.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Path. chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Path. chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Path. chirurgicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
DOGNON . . .	Physique.
DONZELOT . .	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER . .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expériment.
GATELLIER . .	Path. chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER .	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.

MM.

HUTINEL . . .	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL . .	Obstétrique.
LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (FERNAND)	Pharmacologie.
METZGER . . .	Obstétrique.
MONDOR	Path. chirurgicale.
MOURE	Path. chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING . . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
*PHILIBERT . .	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils . .	Physiologie.
SEZARY	Dermatol. et syphilig.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur) . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . .	Pharmacologie.
GUENIOT . . .	Obstétrique.
LEQUEUX . . .	Obstétrique.

M.

NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
RETTERER . . .	Histologie.
ZIMMERN . . .	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
LE DOCTEUR L. GHELERTER

qui, au prix d'une vie de labeur, de lutte et de sacrifices, consacrée au bien de la collectivité, a semé autour de lui l'amour de l'humanité et a édifié des œuvres de médecine sociale, auxquelles il a donné le meilleur de son âme, de sa parole et de son activité.

AUX MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET DE L'ENCÉPHALE

*qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER DUPOUY
MÉDECIN INSPECTEUR DES ASILES DE LA SEINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL HENRI ROUSSELLE

*profonde gratitude pour les
conseils qu'il nous a constamment
prodigués et la bienveillance avec laquelle
il nous a accueilli dans son
service, nous permettant
ainsi d'apprécier l'œuvre
qui s'y poursuit.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-VALENSI
MÉDECIN DES HOPITAUX

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MESSIEURS LES PROFESSEURS : WIDAL (*in memoriam*).
LEJARS ; NOBECOURT ; JEANSELME ; TEISSIER ;
GUILLAIN ; CLAUDE ; TERRIEN ; SEBILEAU ;
LEGUEU.

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS : RIBIERRE (*in memoriam*) ; LE LORIER.

INTRODUCTION

De tout temps, l'homme fit appel à des substances toxiques, d'origine végétale pour la plupart, dans le but d'apaiser la douleur physique ou morale, de reconquérir un état normal de bien-être, d'obtenir l'oubli ou l'espoir, de se détacher des tristesses et des misères de la vie quotidienne ou bien de rechercher des satisfactions et des jouissances nouvelles.

L. LEWIN classe ces substances en cinq groupes :

1° *euphorica*, calmants de l'activité psychique, auxquels appartiennent l'opium et ses dérivés, la coca et la cocaïne,

2° *phantastica*, agents hallucinants, dont les représentants sont le peyotl, le chanvre indien et les plantes à tropéines,

3° *inebriantia*, substances enivrantes, comme l'alcool, le chloroforme, l'éther et la benzine,

4° *hypnotica*, agents du sommeil, tels que le véronal, le sulfonal, etc.,

5° *excilantia*, stimulants physiques, comme les plantes à caféine, le tabac, le betel, etc.

Que le but final, que se propose l'individu usant de ces toxiques, soit la narcose (LEGRAIN) ou bien l'ivresse

(LOGRE), toujours est-il que cette tendance vers l'intoxication est tellement commune et se retrouve si constamment dans tous les âges de l'humanité, qu'on ne peut pas la considérer toujours sous un angle pathologique. Les animaux non plus, n'échappent pas à l'emprise de ces poisons, d'où il résulte que les causes initiales de cette propension peuvent et doivent être recherchées dans des propriétés toxiques susceptibles d'être appréciées par tous les organismes doués d'une sensibilité quelque peu développée (LEGRAIN).

Ainsi cette tendance, que Legrain dénomme *toxico-philie*, est normale; elle ne fait que traduire « l'effort constant et logique de l'être vers le mieux. Elle est une réaction contre le mal ».

La *toxicomanie* est par contre un état morbide caractérisé par une impulsion non systématisée à prendre d'une façon habituelle un ou plusieurs toxiques; chez certains individus, elle résulte d'une appétence spéciale tenant à leur prédisposition mentale, chez certains autres, c'est l'emploi plus ou moins prolongé de ces substances qui fait ressortir cette appétence. L'usage régulier de ces drogues provoque l'accoutumance et l'état de besoin, et l'intoxication, résultant de l'augmentation des doses, produit des troubles physiques et psychiques.

Dans un but ou dans un autre, conseillé ou de sa propre initiative, un tel individu commence donc à prendre une de ces substances toxiques; il obtient généralement les effets recherchés et, dans un grand nombre de cas, un état de bien-être : c'est ce qu'on a appelé

l'euphorie toxique (ce terme a été créé en 1875 par FIEDLER pour désigner l'impression de bien-être des morphinomanes). Il continue l'usage du toxique avec les mêmes bons effets et sans ressentir d'inconvénients. Cette période, qu'on a dénommée « lune de miel » des morphinomanes — elle est tout aussi bien applicable à la plupart des autres toximanies —, est d'une durée essentiellement variable. Elle peut durer quelques jours ou bien plusieurs semaines; mais, vient un moment, où le toxique ne produit plus les mêmes effets : *l'accoutumance* s'est produite; l'accoutumance, c'est-à-dire la mithridatisation de l'organisme ou bien « l'intolérance de l'organisme au sevrage ». Aux heures où l'organisme s'est habitué à recevoir sa dose journalière de poison, si l'administration de la drogue tarde, l'individu ressent des troubles organiques s'accompagnant d'un état psychique pénible de privation : c'est *l'état de besoin*, la soif à la fois psychique et physique du poison; tout son être crie vers la drogue. Bien entendu, cet état est plus ou moins marqué suivant la drogue et l'âge de l'intoxication, suivant les individus aussi, mais il est caractéristique de la toxicomanie. Il marque l'esclavage de l'individu au poison. Après avoir disposé à son gré de la drogue pour son bien-être, à partir du moment où l'accoutumance s'est produite, c'est la drogue qui dirigera sa victime.

En effet, tous les malaises produits par l'état de privation et qui peuvent être quelquefois très graves, comme pour l'opium et ses dérivés, vont cesser par la prise du toxique habituel. Cette substance magique,

bénie et maudite par le toxicomane, produit à la fois la maladie et en constitue le remède. Mais les effets initiaux ne seront plus jamais retrouvés; bien plus, l'organisme lui demandera souvent, en dépit même de la volonté du malade, des doses de plus en plus croissantes de poison. C'est « l'empoisonnement insatiable ». Et ainsi, ce malade, va continuer désormais à user de ces substances n'en retirant plus aucun bénéfice et ne ressentant plus que les troubles organiques et mentaux que produit fatalement toute intoxication prolongée.

Ce simple mécanisme, que nous avons tracé, applicable généralement à la plupart des toxicomanies, est nécessairement très schématique. Les effets des drogues, l'accoutumance, l'état de besoin sont très variables suivant les toxiques employés, les individus et, il faut aussi le dire, suivant le substratum de la toxicomanie. Il nous semble qu'en ce qui concerne les effets des toxiques, surtout en ce qui concerne l'euphorie produite par les « poisons de l'intelligence », bien des exagérations ont été commises. Cette euphorie est extrêmement variable, et dans un grand nombre de cas, elle est bien estompée. Ainsi que nous l'avons constaté chez nombre de malades, quand l'individu s'aperçoit de son intoxication, de son esclavage à la drogue, il n'a pas totalisé beaucoup de satisfactions.

Mais il est nécessaire d'insister encore sur un point : nombre d'intellectuels, même en escomptant les dangers de l'habitude toxique, succombent à la tentation dans le but de profiter pour quelques moments des qualités supérieures que ces « poisons de l'intelligence » sont

censés apporter à leurs habitués. Or ceci est encore une bien grande erreur. Les rapports entre la production littéraire et artistique, l'activité professionnelle en général et l'usage des toxiques, méritent une étude spéciale. Il est hors de doute et amplement prouvé par de nombreuses observations que ni l'opium, ni la cocaïne, ni le haschisch, ni l'éther n'augmentent nullement les qualités intellectuelles ou physiques de l'individu, même à la période initiale de l'usage de la drogue. En écartant pour un moment les ennuis corporels et ceux du monde environnant, en l'isolant mentalement en quelque sorte, la drogue ne fait que dégager, pour peu de temps d'ailleurs, les propres qualités ou bien les propres défauts de l'individu. Et encore, dans la plupart des cas, les premiers jours de l'intoxication passés, les facilités intellectuelles données au début resteront cantonnées dans l'imagination de leur créateur. Ecrivain, il ne pourra pas les transcrire; bien souvent en les notant il constatera ultérieurement leur qualité inférieure. Artiste il ne pourra pas les exprimer. Impuissant sexuel, le toxicomane devient rapidement un impuissant intellectuel.

Dans son ouvrage sur les *Opiomanes*, le Docteur ROGER DUPOUY s'est attaché à étudier longuement les productions littéraires de ces chantres de l'opiophagie : THOMAS DE QUINCEY et COLLERIDGE en particulier et à démontrer lumineusement que leur œuvre poétique ne doit rien à l'usage du toxique et que par contre, dès que l'intoxication se fut marquée sur ces cerveaux d'élite, leur production diminua et devint bien plus inférieure.

Nous-mêmes nous avons eu en mains de nombreux documents littéraires produits, sous l'affirmation des toxicomanes, sous l'influence des drogues. Nous regrettons de ne pas pouvoir donner ici quelques spécimens qui sont bien instructifs à ce point de vue. Il n'y a rien à attendre des drogues qu'elles quelles soient : ni amélioration de la vie psychique, ni amélioration même temporaire de l'individu, ni « surproduction » comme prétendait un étudiant, dont on trouvera plus loin l'observation. Et ceci est le fruit de l'observation scientifique nette : une minime satisfaction essentiellement égoïste payée d'une vie de misère et de torture, car, l'habitude une fois prise, la guérison est difficile, les rechutes le plus souvent au grand désespoir des malades se succèdent ; celui qui se prend au piège tendu par les plantes ou les poudres magiques se vend corps et âme à une puissance tyrannique et impitoyable et il doit savoir qu'il abandonnera à cette force sa liberté.

En analysant les effets du haschisch dans les « *Paradis Artificiels* », BEAUDELAIRE analyse le problème des drogues en regard de la création littéraire et en regard aussi de la dignité humaine. « Tout homme qui n'accepte pas les conditions de la vie, dit-il, vend son âme » et il cite l'exemple classique de Balzac, qui refusa de goûter au dawamesk, la confiture au haschisch en grand honneur au Cercle des Haschischins, qui célébra vers 1844 ses fastes à l'Hôtel Pimodan, de l'île Saint-Louis. « Nous appelons escroc le joueur, qui a trouvé le moyen de jouer à coup sûr ; comment nommerons-nous l'homme qui veut acheter, avec un peu de monnaie, le bonheur et le génie?... »

« Mais l'homme n'est pas si abandonné, si privé de moyens honnêtes pour gagner le ciel, qu'il soit obligé d'invoquer la pharmacie et la sorcellerie; il n'a pas besoin de vendre son âme pour payer les caresses enivrantes et l'amitié des houris. Qu'est-ce qu'un paradis qu'on achète au prix de son salut éternel? »

Et nous ajouterons cette belle page de CHAMBARD à propos de la morphimanie : « Que dire de cette solution qui pour affranchir l'homme pendant quelques semaines du fardeau de l'existence le condamne tout le reste de ses jours à porter le poids d'une habitude honteuse incompatible avec l'accomplissement de ses devoirs et l'exercice de la vie sociale, qui lui fait payer quelques instants de rêverie monotone des tourments d'un long suicide pendant lequel il voit s'en aller lentement, par lambeaux, ses forces physiques, sa santé, son intelligence, son individualité morale et qui le conduit à travers une série de vains et douloureux efforts de guérison et les péripéties d'une cachexie dégoûtante, à une mort prématurée? Que dire de la morphinomanie, si ce n'est qu'elle est un marché de dupe et une sottise doublée d'une lâcheté? »

« L'homme sensé ne se laisse pas prendre à de telles amorces et n'achète pas en bouteille la solution du problème de la vie. »

Tout ceci vise l'individu cultivé et qui s'abandonne à bon escient aux drogues. Ce sont des victimes lamentables et d'autant plus déplorables qu'elles se choisissent parmi les intellectuels les meilleurs.

Mais ces considérations d'ordre général ne jouent pas dans la plupart des cas de toxicomanie actuels. La

grosse partie de ces toxicomanes sont des victimes inconscientes. Il fut un temps, en effet, où les intoxications par les stupéfiants étaient presque exclusivement le triste privilège des classes aisées, des intellectuels et surtout de la famille médicale; il n'en est plus de même aujourd'hui. Les toxicomanies ont fait de tels progrès, se sont tellement diffusées et infiltrées partout et dans toutes les classes sociales qu'on a parlé souvent et à juste titre d'un véritable *fléau social*, d'un *danger toxique*.

Chaque continent a le monopole d'une grande intoxication de base qui constitue un problème fondamental à la fois d'ordre économique et politique et de médecine sociale; c'est l'alcool pour l'Europe, l'opium pour l'Asie, le chanvre indien pour l'Afrique, la coca pour l'Amérique.

Nous nous proposons d'étudier les causes et les remèdes à apporter au problème des toxicomanies répandues en France et dans les pays européens : c'est-à-dire celles produites par l'opium, ses préparations et ses dérivés, la morphine et ses succédanés, l'héroïne, la cocaïne, l'éther, accessoirement le haschisch et les hypnotiques usuels.

Nous choisirons dans la documentation clinique et statistique, que nous donnons plus loin, surtout les éléments qui ont trait au caractère médico-social des toxicomanies. Après une étude étiologique et historique des toxicomanies, nous donnerons un aperçu sur leurs conséquences sociales, sur l'état de la législation dans quelques pays et sur les conventions internationales qui regardent ce problème.

CHAPITRE PREMIER

DOCUMENTS CLINIQUES ET STATISTIQUES

C'est à l'Hôpital psychiatrique HENRI ROUSSELLE (service de Prophylaxie mentale du département de la Seine, Médecin-Directeur Docteur TOULOUSE), que nous avons pu recueillir la documentation clinique qui va suivre et ceci grâce à l'extrême amabilité du Docteur ROGER DUPOUY qui s'occupe particulièrement avec le traitement des toxicomanies.

Il faut préciser que l'Hôpital HENRI ROUSSELLE — de création récente (1922) — est un établissement psychiatrique libre. Les toxicomanes qui y viennent se soigner sont bien obligés de signer une déclaration, par laquelle ils s'engagent à ne pas demander leur sortie avant 40 jours, mais on comprend que, si cet engagement a dans nombre de cas une valeur morale certaine, il est dépourvu de toute valeur juridique. Ainsi le nombre des malades qui sortent avant la fin de la désintoxication, sans être excessif, est encore appréciable, les règlements ne permettant pas de les obliger à finir leur cure.

Le terme de 40 jours correspond aux notions récentes

concernant les modifications biologiques de l'organisme intoxiqué. D'après PAUL SOLLIER¹, les phénomènes cliniques du sevrage de la morphine tiennent à des causes organiques d'un déterminisme analogue à celui de certaines maladies infectieuses et les réactions psychologiques qu'on rencontre dans l'abstinence sont la conséquence de troubles organiques réels et non pas, comme certains le prétendent encore, d'une habitude vicieuse de l'esprit.

Et ce n'est que vers le quarantième jour après le sevrage, que la formule sanguine en particulier, ainsi que la résistance globulaire et leucocytaire, de même que la viscosité sanguine se rapprochent de la normale; les altérations leucocytaires disparaissent en même temps².

Le traitement, que nous avons vu appliquer par le Docteur DUPOUY, surtout pour les intoxications par les dérivés de l'opium qui constituent la grande majorité des cas traités, et dont nous avons été à même de constater les excellents résultats, dérive de la méthode de JOFFROY³. C'est le sevrage lent par doses régressives avec adjonction de la balnéothérapie; la psychothérapie y joue un rôle de premier plan.

Les principes de cette méthode sont : l'ignorance absolue, par le malade, de la dose injectée, l'observance rigoureuse d'une discipline des piqûres, l'adaptation

1. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 1922. T. 38 p. 428.

2. D. Morat, *Le sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie et de la désintoxication*, Thèse Paris 1911.

3. R. Dupouy, *Traitement de la morphinomanie* (*Bulletin Médical*, 1924, p. 1193.)

du traitement à la psychologie du toxicomane dont le médecin ne doit rien ignorer (troubles psychiques, troubles de la sensibilité, obsession de la drogue, émotivité, asthénie, algophobie, fraude, etc.), un minimum d'hypnotiques et de calmants rapidement supprimés, le traitement des troubles anatomiques et fonctionnels provoqués par l'intoxication. En fin de cure, la rééducation mentale, le traitement de l'asthénie constitutionnelle et de la sensibilité morbide.

De 1923 à 1928 il y a eu à l'Hôpital Henri Rousselle 126 entrées de toxicomanes. Voici comment se décompose ce chiffre :

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Total</i>
1923	12	11	23
1924	4	4	8
1925	7	8	15
1926	15	12	27
1927	17	5	22
1928	15	16	31
<i>Total</i>	70	56	126

On voit qu'avec de petites variations, le nombre des désintoxications est en augmentation pendant les dernières années. Ces 126 entrées représentent 105 malades (21 regardent 19 malades hospitalisés à plusieurs reprises).

Voici d'autre part un *tableau des variétés d'intoxications* (en considérant dans les toxicomanies multiples, qui sont très nombreuses, celle dominante au moment de la cure) :

Héroïne	49 cas
Morphine	44 cas
Laudanum (en injec.).	4 cas
Elixir Parégorique	1 cas
Chloral	2 cas
Pantopon	1 cas
Véronal	1 cas
Cocaïne	2 cas
Ether	1 cas
Total	105 cas

Au point de vue de la profession, nous avons fait une statistique portant sur 75 cas (où la profession était précisée) que nous donnerons plus loin, en regard d'autres statistiques analogues.

Nous avons étudié un grand nombre des observations de ces malades, et nous avons eu aussi l'occasion de suivre un certain nombre d'entre eux, pendant le séjour que nous avons fait dans le service du Docteur DUPOUY. Nous avons gardé une vive impression de la détresse physique et morale de la plupart de ces intoxiqués.

Ce n'est pas sur les tableaux cliniques, toujours intéressants et que nous avons conservés, qu'ont porté nos recherches. Nous nous sommes plutôt attaché à recueillir avec soin le plus grand nombre d'informations concernant la cause déterminante du mal, la cause des récidives, si nombreuses, le milieu de ces intoxiqués, leur condition sociale, leurs réactions médico-

légales, en un mot, l'histoire sociale autant que clinique de leur toxicomanie. Nombre d'observations sont, de ce fait, incomplètes ou d'intérêt minime au point de vue clinique. Mais toutes représentent autant de types vivants, autant de différents aspects de ce mal néfaste, disséminé un peu partout dans la société moderne. C'est ce regard d'ensemble, que nous avons recherché, pour avoir une idée plus juste et plus réelle de l'extension et des ravages exercés par les toxicomanies. Trop secs sont les chiffres pour l'exprimer pleinement. Et pour cette raison nous n'avons pas hésité de donner un grand nombre de ces exemples : 50 observations, dont 6 personnelles.

Obs. I — G. J. 47 ans, célibataire, rentier. *Toxicomanie complexe.*

Entre pour la première fois à l'hôpital Henri Rousselle le 12 août 1922. Aucun antécédent remarquable. En 1903 il contracte l'habitude de fumer l'opium à Madagascar où il fait un séjour de quatre ans. Initié par un ami de l'armée coloniale, il fume de 40 à 50 pipes par jour. Revenu en France, il se fait à partir de 1908 des piqûres de morphine et arrive jusqu'à 0,90 cgr. par jour en 1922; dose actuelle 0,10 cgr. A subi plusieurs cures de désintoxication et a récidivé presque toujours une année après la guérison, par suite d'ennuis personnels. G. J. estime que l'abus de la morphine lui a enlevé l'exacte appréciation des choses et que, guéri il se sent tout autre qu'intoxiqué.

A usé aussi de chloral et d'éther quand il manquait d'opium; quelques injections de cocaïne pour atténuer la douleur causée par les piqûres de morphine.

C'est un malade calme, subfébrile, portant des abcès multiples. Il sort, guéri, le 10 novembre 1922.

La guérison se maintient huit mois, au bout desquels il recommence ses piquûres et se fait hospitaliser pour la deuxième fois, le 14 avril 1924. Nouvelle cure de désintoxication.

Le 25 mars 1926 enfin, il sollicite de nouveau son entrée. Depuis un an et demi, il a substitué à la morphine l'élixir parégorique, dont il prend actuellement 240 gr. par jour. Voici les symptômes qu'il signale après absorption de cette dose: nervosité excessive, soubresauts musculaires, tremblements, rêves, cauchemars (il voit des scènes de guerre, son père tué devant ses yeux; des animaux, tigres, lions, réminiscences de son séjour aux colonies; il se croit poursuivi, arrive au bord d'une falaise et croit sombrer).

Le traitement, dans ce cas spécial, a consisté en teinture d'opium mélangée à la teinture de gentiane et d'oranges amères pour en masquer le goût, administrée d'une façon descendante, lente, analogue à la descente morphinique.

Le malade est sorti guéri, le 10 mai 1926.

Obs. II. — C. D. 29 ans, célibataire, danseuse. *Toxicomanie multiple, irréductible. Expertise mentale.*

Envoyée par le Dr. G., C. D. entre pour la première fois à l'hôpital H. R. le 6 avril 1923.

A. P. Syphilis à 20 ans, mais on n'a relevé aucune localisation nerveuse, les réactions humorales pratiquées à plusieurs reprises ont été négatives. Elle a été toujours très nerveuse; internée à la Maison Blanche en 1922, après une intoxication volontaire par le gardénal.

Ancienne figurante de Music-hall, C. D. a été initiée à la morphine, il y a 7 ans, dans le but d'obtenir le soulagement de douleurs entéritiques, par un externe des hôpitaux qui lui-même se piquait et qui lui a fait la première injection. Elle continua par des piquûres de 0,01 cgr.; lorsqu'elle voulut cesser, état de besoin. Elle arriva ainsi jusqu'à 0,90 cgr. de morphine par jour qu'elle remplaça en-

suite par de l'héroïne. Dose actuelle 0,60 cgr. procurée avec des ordonnances médicales.

A subi de nombreuses cures de désintoxication dans des Maisons de Santé et à l'hôpital Laënnec; n'est jamais sortie guérie, car elle ne pouvait pas résister à l'attirance du toxique, récidive presque immédiatement après.

Accessoirement, elle a usé d'autres toxiques. Voici quelques-unes de ses déclarations à ce sujet :

Opium. — « J'ai fumé jusqu'à 20 pipes par jour avec des fumeurs invétérés; j'aurais préféré continuer, c'est meilleur que la morphine.. le décor... des personnes disaient des vers, on faisait de la musique pendant que nous fumions. Ces personnes-là ne fumaient pas. On avait besoin de tendresse, on était très affectueux, mais peu de désirs sexuels. En revanche beaucoup d'idées agréables et qui se succédaient rapidement. On se sentait fort, intelligent... »

Morphine. — Surexcitation cérébrale, puis paresse physique et sexuelle, frigidity.

Héroïne. — Mêmes sensations, mais toxique plus brutal: « ça vous monte à la tête ». Frigidity très accentuée.

Cocaïne. — On lui en a offert pendant un mois, mais elle a prisé peu.

Privée de toxiques, C. D. vendait n'importe quoi à des prix dérisoires, pour s'en procurer.

A l'entrée, c'est une malade pâle, très amaigrie (son poids est tombé de 60 à 52 kgr.), couverte d'abcès. Aménorrhée. Constipation. Appétit nul. Sommeil irrégulier.

La cure est bien supportée; la malade fait deux crises d'hystérie pendant son séjour à l'hôpital; elle sort guérie, en bon état général, le 13 mai 1923.

Mais le 22 décembre 1923 elle se présente de nouveau et est internée à l'asile, sur sa propre demande.

Elle est internée une deuxième fois, par voie de placement volontaire, le 6 juin 1924 et enfin, une troisième fois, par voie de placement d'office, le 10 février 1926. Le certificat d'in-

ternement, établi par le Dr Roger Dupouy, mentionne à cette date : « Toxicomanie invétérée; usage successif de stupéfiants divers; aujourd'hui héroïne, 0,60 cgr. par jour. Désir obsédant de poison et de piqûre. Incorrigibilité malgré des cures déjà suivies et plusieurs internements. Actuellement, incapable de travailler et de se diriger au dehors, de pourvoir par elle-même à ses besoins et à son traitement; nécessité d'un internement dans un asile, aussi prolongé que possible et, si besoin, par voie de placement d'office. »

Et voilà cette malade, fébricitante, couverte d'abcès, se présentant une dernière fois à la consultation de l'hôpital Henri Rousselle, le 10 août 1927 et y être admise pour une nouvelle cure libre.

Elle souffre atrocement de ses abcès pour lesquels elle doit subir 12 incisions au pavillon de chirurgie. Cette fois-ci encore, elle supporte bien sa cure et sort guérie, calme, avec un étatⁿ physique meilleur, le 4 octobre 1927.

Un an plus tard, le 6 novembre 1928, elle est surprise aux magasins du Louvre en flagrant délit de vol (une nappette de petit-gris valant 4.700 fr.). Ecrouée à Saint-Lazare, elle ne nie pas son acte, mais déclare être héroïnomane : « Quand je suis sous l'influence de la drogue, je ne me rends pas compte de ce que je fais et je commets n'importe quel vol pour me procurer de la drogue. » Le docteur Dupouy est alors commis pour procéder à son examen mental. Nous extrayons de son intéressant rapport les passages qui suivent :

« Toxicomane irréductible, malgré ses cures successives, fatalement pénibles, et malgré ses séjours à l'asile d'aliénés, encore plus pénibles, C. D. se laisse aller au vol, est condamnée et devient là encore une récidiviste. Ses vols se ressemblent tous : grands magasins (Nouvelles Galeries, Samaritaine, Louvre), objets utiles et revendables (bas, chemises de nuit, fourrure), dans le même but (se faire de l'argent pour se procurer de la drogue).

« On n'y pense pas », déclare-t-elle, de même qu'au sujet de ses récidives toxicomaniaques, elle déclarait : « on recommence tous; c'est plus fort que soi, indépendant de sa volonté. » Toutefois, l'acte dont elle est inculpée aujourd'hui est conscient, mnésique, voulu... Ce n'est pas le vol pathologique... il n'est entaché que d'une certaine impulsivité... Or une habitude toxicomaniaque volontairement consentie, ne nous paraît pas de nature à retirer à qui la pratique sa responsabilité pénale; bien au contraire. Il en serait différemment en cas de toxicomanie ignorée ou imposée. »

Après avoir constaté que la morphinomanie est une cause d'affaiblissement ou tout au moins d'obnubilation du sens moral, mais que cette amoralité acquise par une morphinomanie volontaire ne suffirait pas à innocenter un délinquant, le docteur Dupouy note le caractère obsédant de l'impulsion, détail important dans l'histoire de l'accusée. « L'impulsivité délictueuse récidivante de l'inculpée, dit-il, peut être partiellement conditionnée par le terrain psychopatique sur lequel s'est développée sa toxicomanie, avec les caractères spéciaux d'aboulie et d'obsession, que nous relevions en 1927. »

Voilà les conclusions de ce rapport d'expertise :

« 1° C. D. inculpée de vol, n'est pas atteinte de démence au sens juridique de ce terme et doit, en conséquence, rendre compte de son acte à la justice.

2° Sa toxicomanie ne saurait à elle seule supprimer ou même atténuer sa responsabilité pénale.

3° Toutefois, son état mental constitutionnel avec ses tendances psychopathiques, abouliques et obsédantes, est de nature à diminuer sa faute et à lui concilier l'indulgence du tribunal. »

Obs. III. — R. S. 26 ans, célibataire, employé de commerce.
Cocaïno-Héroïnomanie. Déséquilibre mental constitutionnel.

Envoyé par l'hôpital Necker, R. S. est hospitalisé pour la première fois le 29 septembre 1923.

Né avant terme à huit mois, R. S. a eu une enfance très difficile. Convulsions à 6 mois, toutes les maladies de l'enfance; toujours très irritable et coléreux. Développement physique retardé, par contre développement intellectuel normal. Tout marche bien jusqu'à 10 ans, quand il est signalé au collège pour ses mauvaises fréquentations; il est envoyé alors à Fribourg, où il reste 3 ans. La guerre survint, il est placé au Lycée Henri IV d'où il se fait renvoyer quelques mois après, pour indécapesses. Mis à Vitry dans l'établissement du docteur Paul Boncour il y reste une année; à ce moment, il se farde, il se fait teindre les cheveux et prend des allures efféminées. Il continue ensuite ses études et passe même son baccalauréat avec succès. Caractère très difficile; il est violent avec sa mère, dont il fait le désespoir (celle-ci continue pourtant, à son instar, à s'occuper toujours de son sort). Part pour l'Angleterre, où il travaille pendant un an dans une maison de soieries. Placé ensuite à Lyon dans un même commerce, la famille, prévenue, doit le chercher 15 jours après; il fréquente des mauvais milieux et fait trafic de bijoux. On veut alors le déterminer à se faire engager dans l'armée. Il fait une fugue et traîne pendant quatre mois dans des bouges de Montmartre. C'est là, qu'il commence à priser de la cocaïne et qu'il contracte la syphilis; a plusieurs démêlés avec la police. La famille le repêche au moment où il très malade et l'hospitalise à la Maison Dubois; on refuse de le garder à la suite de menaces contre le personnel. Pendant sa convalescence, à la campagne, il part avec un jeune homme à P..., où il reste un mois, refusant de rentrer chez lui. On fait des démarches pour le mettre en « correction maternelle » et il est placé à R..., où il reste neuf mois, sans travailler. Véritable transformation physique. Service militaire; fait

partie de l'armée d'occupation, se plaint de ses chefs, dit « qu'on lui en veut ». Dans la Ruhr, il vit avec une vieille comtesse allemande qui l'initie aux piqûres de morphine, par prosélytisme, d'après ses déclarations. Cette femme était devenue toxicomane, à la suite de coliques néphrétiques.

R. S. dit n'avoir jamais retiré de réelles satisfactions de l'usage de la morphine. « Un coup de fouet factice, au point de vue intellectuel, au début, après, une bête malade qui ne sortait de son ordures que par une piqûre. »

Etat physique mauvais, amaigrissement. Se fait hospitaliser et est réformé ensuite. Il est envoyé à G... pour convalescence. Retourne en Allemagne, prétendant y trouver une situation. Ne travaille rien et continue à se piquer. Fait des dettes. On le place ensuite à la Régie des chemins de fer, dans les pays occupés. De nouveau, la famille, alertée, doit aller le chercher. Il est surveillé par la police française, il y a des plaintes à la police allemande : trafic de bijoux avec la vieille comtesse, vol d'argenterie... Ramené à Paris il arrive par l'hôpital Necker à l'hôpital Henri Rousselle.

Il est, à son entrée à 1 gr. 50 d'héroïne par jour (qu'il a substitué depuis quelque temps à la morphine).

S'en procure facilement sur ordonnances médicales.

Intelligent, mais très roublard et mensonger; R. S. déclare qu'il est devenu héroïnomanie parce qu'il n'a pas connu la vie de famille; il supporte la cure avec calme.

Abcès. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Sort guéri, désintoxiqué, le 26 octobre 1923. Le service social de l'hôpital ne trouve dans ses recherches aucune œuvre voulant recevoir ce malade.

Le 20 décembre 1927, il revient se faire traiter de nouveau. Il a récidivé peu après sa sortie. Il est très déprimé, fébrile (39°5) portant de nombreux abcès qui sont incisés. Gonorhée. Accès de rhumatisme articulaire aigu.

On lui a « sauvé la vie », il est reconnaissant, il promet sitôt rétabli de travailler « n'importe quoi », mais, quelques jours après, il devient grossier, exigeant, simule des crises de nerfs et sort finalement de nouveau désintoxiqué, en bon état général, le 2 février 1927.

Obs. IV.— L. F. 28 ans, célibataire, graveur de musique.
Héroïnomanie.

Entre à l'hôpital H. R. sur le conseil des amis, le 25 décembre 1924.

A. P. Fièvre typhoïde, scarlatine à 5 ans. Versé dans le service auxiliaire pour albuminurie. A. H. Père bien portant; mère morte à 55 ans de neurasthénie; frère mort-né, une sœur bien portante.

Héroïnomane depuis 4 ans; dose actuelle 0,25 egr. A été initié par une amie qui elle-même se piquait. A subi déjà une cure de désintoxication à l'hôpital de la Pitié. Se procure la drogue sur ordonnances médicales. Ne travaillant plus, sans ressources, il est actuellement à la charge d'une tante. Sort le 3 janvier 1925, contre l'avis du médecin, ne pouvant, dit-il, tolérer le traitement.

Se présente de nouveau le 5 mai 1926, suppliant son admission. Il a maigri, dort mal, a eu de nombreux abcès.

Se procure l'héroïne de la pharmacie X., qui lui a donné l'adresse d'un médecin dont il paye 20 fr. l'ordonnance.

C'est un malade indiscipliné, menteur, source de désagréments pour le service. Il sort de nouveau, contre l'avis du médecin, le 1^{er} juin 1926, sevré.

Obs. V. — E. F. 33 ans, célibataire, artiste dramatique.
Toxicomanie multiple.

Entre pour la première fois à l'hôpital H. R. le 23 juin 1924.

Mère d'un enfant bien portant, âgé de 10 ans, E. F. issue

d'une famille de tuberculeux ne présente aucun antécédent particulier.

Elle a commencé par fumer de l'opium — jusqu'à 100 pipes par jour —, étant très jeune, entraînée par des amis, et sans voir le danger, prise par « le charme et l'ambiance de l'endroit ». Il y a 5 ans sur les conseils d'un docteur — déclare-t-elle — a commencé des injections de morphine dans le but de cesser l'usage de l'opium.

A subi déjà deux cures de désintoxication et est retombée en mars 1924, le prétexte étant fourni par une crise d'entérite. Dose actuelle 0.40 egr. d'héroïne par jour (en 6 injections), qu'elle se procure par ordonnances de divers médecins, par pharmaciens ou trafiquants; elle paye 30 fr. le gramme.

Voici les effets du toxique sur cette malade, d'après ses déclarations :

« Les premières piqûres m'ont procuré quelque bien-être, physique et cérébral, l'oubli de tout ce qui est ennuyeux, pénible... La morphine a fait de moi — aussi bien physiquement que moralement — une loque; d'une femme méticuleuse, ordonnée, aimant ce qui est droit et simple, je suis devenue ce que l'on dirait une bohème — négligeant les miens, ne vivant que pour cette horrible drogue. Si je ne m'arrêtais pas maintenant, la déchéance totale serait proche, je l'ai bien senti... S'il m'est arrivé souvent sous l'influence de la morphine de former des projets, je n'ai réussi que très rarement à les réaliser, par manque de volonté ou parce que ces projets étaient toujours insensés... Je désire ardemment laisser tout cela et vivre normalement. »

La cure est bien supportée. B. W. négatif. Malade difficile, violente; a des attitudes pithiatiques plutôt que des troubles de sevrage.

Sort, désintoxiquée, le 17 juillet 1924.

« Je suis malheureuse d'avoir recommencé par faiblesse, je me suis laissée entraîner, je m'ennuyais » ... c'est avec

ces paroles qu'elle vient se faire hospitaliser pour la deuxième fois, le 5 mars 1928. Elle aurait recommencé, il y a 6 mois; dose actuelle 0,60 egr.

Deux abcès incisés; exigeante, bruyante de nouveau. Mauvais état général. Sort guérie, le 14 avril 1928.

Elle est traitée enfin, une troisième fois, du 23 novembre au 30 décembre 1928.

Amaigrissement. Oligurie. Aménorrhée. Etat subfébrile. Les règles reviennent à la fin de la cure. Malade déprimée, désespérée, plus calme à la fin.

Sort guérie, avec un bon état général.

Obs. VI. — T. Z. 32 ans, mariée, infirmière. *Morphinomanie*.

Vient se faire soigner pour la première fois, à l'hôpital Henri Rousselle le 14 mars 1925.

Infirmière, T. Z. a eu l'occasion de soigner pendant 3 ans (1916-1919) des toxicomanes à la maison de Santé du docteur X. Elle a commencé à se faire des piqûres de morphine, il y a 3 ans, au cours d'une salpingite très douloureuse.

L'accoutumance a été très rapide; dose actuelle 0,40 egr. en 4 piqûres. Essai personnel de désintoxication, l'an dernier, par descente lente, mais qui a provoqué des vomissements incoercibles durant 40 jours.

Impossibilité de travailler sans la piqûre. Depuis qu'elle est intoxiquée, la malade n'a plus « aucune notion de l'heure ». Cauchemars et rêves se rapportant à la morphine : « me voyant me faire une piqûre ou voyant devant moi des ampoules. »

A usé quelquefois de laudanum, en gouttes, quand elle manquait de morphine, qui lui était procurée par l'entremise d'un pharmacien.

La cure s'est passée sans incidents, malgré les craintes de la malade. A la sortie, T. Z. se plaint d'un état d'asthénie

avec « dédoublement de la personnalité », elle n'entend pas, ne se reconnaît plus, n'est plus la même au travail.

Sort guérie, en bon état général, le 2 mai 1925.

Demande pour la deuxième fois son admission, le 14 août 1926. Elle est couverte d'abcès, qui la font beaucoup souffrir. Vomissements biliaires. En fin de cure, elle fait du 4 au 9 octobre une pneumonie du sommet gauche. On trouve de rares B. K. dans les crachats; la fièvre se maintient avec des élévations vespérales autour de 39°.

La malade sort désintoxiquée, mais avec une poussée tuberculeuse évolutive au sommet gauche, le 22 octobre 1926.

Obs. VII. — H. C. 56 ans, divorcée, blanchisseuse. *Morphinomanie*.

Entre à l'hôpital envoyée par le docteur B., le 20 juillet 1925.

A. H. sans importance. A eu une fille morte de méningite à 6 ans et une autre qui est bien portante.

A. P. En 1905 crises tabétiques qui se sont accentuées en 1914.

A été soignée pendant deux ans à cette époque par des injections de morphine qui lui calmaient les crises douloureuses. A continué ensuite de son propre chef les piqûres. Une désintoxication personnelle. Retombe après 8 mois d'abstinence, sur recommandation d'un médecin, toujours pour ses crises tabétiques. Dose actuelle 0,80 egr. par jour en huit piqûres.

Accuse, sous l'influence de la morphine « des absences de mémoire, un anéantissement de la volonté », des cauchemars.

Coléreuse; fait des imprudences; on craint autour d'elle qu'elle ne mette le feu à la maison; tremble et fait des chutes depuis quelques mois.

Abandonnée par son mari en 1918, ne travaille plus régulièrement; actuellement dans la misère, H. C. se prive souvent de nourriture pour se procurer la morphine.

Elle sort désintoxiquée, avec un état général meilleur, le 1^{er} octobre 1925. La malade a subi après trois cures spécifiques en novembre 1925, janvier 1926 et mai 1926. Elle n'avait pas récidivé à cette date.

Obs. VIII. — C. Z. 34 ans, divorcée, rentière. *Toxicomanie complexe.*

C. Z. morphinomanie, mère de deux enfants, entre pour la première fois à l'hôpital H. R. le 19 janvier 1928.

Amaigrie, très souffrante, ne pouvant pas se tenir debout, elle est en état de besoin depuis trois jours : « J'ai l'impression qu'on m'arrache les nerfs et il m'est impossible de dormir. »

A été initiée à la morphine en 1912 par son mari; a subi déjà une cure de désintoxication et est retombée à la suite de « chagrins intimes ». Dose actuelle 1 gr. 50 par jour, en injections « à n'importe quel moment ». Se procure la drogue par des ordonnances médicales.

A usé aussi d'opium, d'éther, de haschisch, de cocaïne, qui, de diverses manières, lui ont fourni « un repos moral énorme, vu les ennuis qu'elle avait ».

L'examen fait constater une perforation du cartilage de la cloison nasale de 9/9 mm., l'épaississement des cordes vocales.

Nombreux abcès. T. 39°. B. W. négatif dans le sang; urée sanguine 0,63 cgr.

Sort désintoxiquée, guérie, le 11 mars 1926. Déclare à la sortie qu'elle n'a plus « aucune envie de recommencer ».

C. Z. se fait hospitaliser pourtant une deuxième fois le 22 janvier 1927. (Elle a été condamnée entre temps pour usage de fausses ordonnances.)

Abcès nombreux aux cuisses, abcès de la marge de l'anus. T. 38°6. La malade réclame elle-même la suppression des piqûres dont elle « ne veut plus ». Cure rapide, bien tolérée.

Elle sort guérie, le 21 février 1927.

Obs. IX. — M. N. 36 ans, divorcée, couturière. *Toxicomanie complexe.*

Envoyée par docteur C., entre à l'hôpital H. R. pour la première fois le 18 février 1926.

A. P. Hémoptysie à 18 ans; pneumothorax thérapeutique entretenu pendant 3 mois dans un sanatorium à Cambo, en 1917. A un enfant, bien portant.

C'est une ancienne couturière, qui ne travaille plus actuellement; elle est entretenue par un ami. M. N. a été initiée à la prise de cocaïne et de morphine, il y a 4 ans, par une amie qui voulait l'aider à oublier un grand chagrin. Elle abandonne cette habitude « souvent et volontairement, en quittant Paris ». La dernière rechute remonte à un mois et demi. « Chaque fois que je suis revenue à la santé et à la vie normale — dit M. N. — j'ai constaté combien cette manie est bête et je trouvais la vie meilleure sans aucune drogue. » Elle n'avait plus « aucune volonté et avait le dégoût du travail ».

Use actuellement d'environ 2 gr. de cocaïne et 0,50 cgr. de morphine par jour, les deux drogues en prise nasale; la dose maxima a été de 5 gr. de cocaïne, qu'elle se procure dans les boîtes de Montmartre. Elle a usé en outre d'opium en boulets, qu'elle avalait.

L'examen médical décèle une sclérose discrète du sommet gauche, avec rudesse respiratoire et légère submatité, sans bruits adventices. La cloison nasale est recouverte de croûtes, mais il n'y a pas de perforation. Malade apyrétique; pas de troubles des règles; B. W. négatif dans le

sang. Elle sort désintoxiquée « avec la ferme volonté de s'y maintenir », le 15 mars 1926.

Le 19 septembre 1928, M. N. se présente de nouveau, en état de besoin cette fois-ci. Couverte de sueurs, frissonnante, très déprimée, avec défaillances cardiaques, insomnie, inappétence, elle est admise à l'hôpital pour la deuxième fois.

La récidive date de 6 mois. Elle use maintenant de l'héroïne en injections, à la dose de 1 gr. par jour. N'ayant pas eu de piqûres depuis 3 jours, le traitement consiste en laudanum en gouttes, administré de manière descendante, et les sédatifs habituels. La cure est bien supportée, mais la malade souffre beaucoup de ses nombreux abcès.

Elle sort guérie, avec un bon état général, le 17 novembre 1928.

Obs. X. — T. B. 66 ans, divorcée, infirmière. *Morphinomanie.*

Garde-malade, ne travaillant pas régulièrement, ne gagnant presque rien actuellement, T. B. qui compte plus de 40 ans de morphinomanie, est envoyée à l'hôpital H. R. par le docteur B., le 3 avril 1926.

Elle est devenue morphinomane à l'âge de 25 ans à la suite d'une métrite. C'est son médecin qui l'a habituée, dit-elle. N'a jamais cessé depuis, mais a diminué les doses; ne prend maintenant que 0,10 egr. de morphine en injections, matin et soir. (Dose maxima atteinte 4 gr. par jour « autrefois quand c'était facile de s'en procurer ».) C'est un pharmacien qui lui fournit la drogue. Elle en tire « une joie qu'on ne peut expliquer et, lorsqu'on en manque, on est fou ».

Etat physique médiocre. Déchéance physique et intellectuelle. Démorphinisation rapide, bien supportée, suivie d'un traitement tonicardiaque et stimulant.

Le 1^{er} juin 1926, guérie, T. B. est dirigée sur un hospice de vieillards.

Obs. XI. — G. T. 46 ans, divorcée, artiste dramatique.
Toxicomanie complexe.

Entrée le 24 juin 1926, G. T. se fait des injections d'héroïne depuis plus de 10 ans. Elle a commencé par priser de la cocaïne en 1914, initiée par des amis, à dose de 5-6 gr. par jour; cocaïnomane pendant un an et demi; état de surexcitation et insomnies pénibles. C'est alors qu'une amie, — femme mariée, initiée par son mari et qui avait comparé les effets différents de la cocaïne et de l'héroïne, mais qui était désintoxiquée à ce moment — lui conseille des piqûres d'héroïne pour retrouver le sommeil. D'un centigramme par jour au début, elle augmente rapidement les doses. Actuellement 0,40 egr. par jour, en 5 piqûres. Une cure de désintoxication à l'hôpital en 1918; récidive peu après; une deuxième, forcée, par impossibilité de se procurer la drogue, à domicile, en 1922. A beaucoup souffert pendant cette privation mais est restée près d'une année sans en prendre. Nouvelle rechute à l'occasion d'une toux, que l'héroïne calmait très bien au début.

Déclare n'avoir retiré de cet usage « aucun bénéfice, sauf le sommeil au début et l'oubli total de chagrins intimes ». Par contre elle sent sa « mémoire diminuer et un sentiment de déchéance ». A usé aussi de laudanum quand l'héroïne lui manquait. Se procurait la drogue par les trafiquants et ensuite par des ordonnances médicales.

Condamnée en 1922 pour usage de fausses ordonnances, fabriquées par une autre toxicomane, à 4 mois de réclusion et une amende solidaire avec les autres inculpés de 92.000 fr. A payé sa part de 2.000 fr.; condamnée de nouveau, récemment, pour le même délit à 4 mois de réclusion.

Nombreux abcès. T. 39°. B. W. négatif dans le sang.
Sort guérie, en bon état général, le 9 août 1926.

Obs. XII. — M. B. 51 ans, marié, médecin. *Toxicomanie complexe.*

Morphinomane depuis 25 ans, M. B. demande son admission et entre à l'hôpital H. R. le 25 juillet 1926.

A commencé à s'injecter de la morphine en 1902 pour combattre des accès d'asthme, sur le conseil d'un camarade, médecin, qui « croyait lui rendre service ».

Désintoxiqué une première fois dans une clinique privée en 1909. Les résultats, excellents, se maintiennent pendant 2 ans; rechute à la « suite de peines morales ». Deuxième cure en 1915, pendant la guerre; rechute un an après, toujours pour des causes morales, sans qu'aucune souffrance physique soit en cause. Troisième cure, récente, suivie d'une rechute presque immédiate, d'après le malade « parce qu'il avait repris trop vite ses occupations professionnelles ».

Dose maxima 1 gr. 20. Actuellement 0,50 egr. par jour en trois fois. A usé deux fois d'éther, ainsi que de chloral pendant un certain temps, pour retrouver le sommeil; forte intoxication par chloral-morphine; il reste deux jours en coma, alarmant sa famille. N'a plus repris de chloral depuis, « la déchéance intellectuelle lui faisant horriblement peur ».

Au début, la morphine lui aurait produit de grandes joies intellectuelles, une satisfaction immense, un travail facile. Il note pourtant actuellement : « déchéance peu à peu, par suite de la grande habitude »; c'est l'assujettissement moral qui lui pèse, car il continue à travailler et n'a pas beaucoup de troubles physiques. Ceux-ci se réduisent à de l'insomnie, des cauchemars pénibles, des rêves professionnels désagréables, de la constipation chronique, une diminution de la puissance sexuelle.

Cure bien supportée; M. B. sort guéri, le 5 septembre 1926.

Obs. XIII. — C. R. 41 ans, célibataire, avocat. *Opio-héroïnomanie.*

Se fait hospitaliser le 7 juillet 1926, sur le conseil d'un médecin.

Pendant dix-huit ans fumeur d'opium, C. R., en impossibilité de s'en procurer, l'a remplacé depuis deux ans et demi par l'héroïne, en injections, à dose de 0,20 cgr. Se procure la drogué par des ordonnances médicales.

Corps recouvert de cicatrices d'abcès; rhinite hypertrophique; B. W. négatif dans le sang.

Cure bien supportée; C. R. sort guéri le 25 septembre 1926.

Obs. XIV. — N. R. 43 ans, marié, administrateur aux colonies. *Morphinomanie.*

Envoyé par le docteur P., N. R. entre en traitement à l'hôpital H. R. le 5 août 1926.

A. P. Vertiges vers l'âge de 16 ans; crises épileptiformes à 20 ans, auxquelles le malade dit être encore sujet de temps à autre. Fièvre jaune et albuminurie massive à 27 ans. Deux hématomèses à 3 ans d'intervalle. Paludisme, à 30 ans, à reprises automnales actuellement.

En 1910, à son retour des colonies, N. R. souffre d'une fièvre typho-malarienne grave; on lui prescrit des injections de morphine pour atténuer ses souffrances; il guérit et il continue tout seul les piqûres. Augmente rapidement les doses; actuellement 2 gr. 50-3 gr. par jour, en 3 injections. La dose maxima a été de 3 gr. en une seule piqûre. Se procure la drogue par ordonnances et chez des pharmaciens.

A subi déjà deux cures de désintoxication, la dernière en 1916. Occasion de la rechute fournie par une hématomèse, pour laquelle son médecin traitant lui ordonne de

l'opium en injection et lui fait une piqûre de morphine.

N. R. est d'avis que, dans la désintoxication, l'influence du médecin est prépondérante. Il n'a retiré de l'usage du stupéfiant aucune joie; le seul bénéfice a été qu'il pouvait travailler et gagner sa vie et pour cela la morphine lui était devenue indispensable. Il accuse « la sensation très douloureuse de perdre la mémoire, de chercher les mots en parlant ».

A l'examen médical, on trouve le foie augmenté de volume, à bords durs; rétrécissement mitral. Il y a des traces d'albumine dans les urines et de l'urobiline en grande quantité urée 9.88; B. W. négatif dans le sang: urée sanguine 0,52; on ne trouve pas d'hématozoaires. Le malade a bien toléré la cure de désintoxication. Il n'a pas fait de crises comitiales pendant son séjour.

Il est sorti guéri, le 16 septembre 1926.

Obs. XV. — C. B. 29 ans, mariée, dactylographe. *Héroïnomanie*.

Envoyée par le docteur M., C. B. entre à l'hôpital H. R. le 11 septembre 1926. A eu sa première piqûre de morphine en 1914 dans un hôpital de Smyrne où elle était soignée à ce moment pour une colique hépatique.

A été désintoxiquée une fois à la Salpêtrière et est retombée le lendemain de la sortie « pour reprendre goût à la vie ». « Croyant qu'en prenant autre chose, le mal ne serait pas aussi grand », elle remplace la morphine par l'héroïne. Elle regrette peu après, mais ne peut plus cesser, car sans la drogue elle est incapable de travailler. Dose actuelle 0,30 cgr. par jour en trois fois; se procure par ordonnances médicales.

C. B. dit avoir des cauchemars : elle voit des théâtres avec des femmes, l'Enfer, le Diable, des Turcs, des Arabes,

des bêtes épouvantables; se plaint de rachialgies; mauvais état général. Amaigrissement. Oligurie.

Elle sort, contre l'avis du médecin, le 13 novembre 1926, sous prétexte qu'elle ne peut pas supporter le traitement.

Obs. XVI. — H. B. 28 ans, célibataire, instituteur. *Héroïnomanie.*

Envoyé par le docteur B., H. B. entre pour la première fois à l'hôpital H. R., le 1^{er} novembre 1926.

A. H. Père 55 ans, mère 53 ans, bien portants; une sœur qui a présenté des troubles mentaux à la suite d'une fièvre typhoïde.

A. P. Nombreux ulcères bacillaires depuis l'âge de 9 ans; tuberculose oculaire; sinusite sphénoïdale, il y a 2 ans.

H. B. serait devenu morphinomane à la suite d'une sinusite sphénoïdale, avec céphalées violentes, qui a occasionné des interventions multiples. Il a eu quelques ampoules de morphine chez lui et a continué à se piquer régulièrement depuis le mois de mai 1925. A X., chez lui, le pharmacien n'ayant plus de morphine, lui a donné de l'héroïne; on lui faisait là-bas d'ailleurs des ordonnances comme il voulait. Dose actuelle 0,12 egr. par jour surtout le soir.

D'après les renseignements fournis par son père, il est depuis cette époque dans un état anormal. Nerveux, irritable il ne peut plus supporter personne. Il insulte ses parents, son affectivité a considérablement diminué. Par contre, il est devenu très expansif et parle énormément le dernier temps; il y a quelquefois une certaine incohérence dans ses propos, il se contredit.

Son père n'a pas voulu qu'il continue sa classe parce qu'il le trouvait trop nerveux et craignait qu'il ne brutalise les enfants (il aurait giflé un gamin). Ainsi, il l'a fait hospitaliser à fin de désintoxication à Y... en mai dernier, mais H. B. a

réussi à corrompre les infirmières et à se procurer la drogue.

H. B. accepte bien la cure et sort, guéri, le 9 octobre 1926.

Mais, dès son retour à la maison, il récidive : « Je ne sais pas pourquoi, dit-il, peut-être bien à cause du manque de sommeil. » Il subit une deuxième cure du 1^{er} mars au 7 avril 1927 et sort, de nouveau désintoxiqué.

Malgré les insistances de son père, qui craint une nouvelle rechute, on n'a pas réussi à le déterminer à prolonger son séjour, que l'hôpital ne peut légalement lui imposer.

Obs. XVII. — C. F. 24 ans, célibataire, chauffeur de taxi.
Héroïnomanie. Déséquilibre mental. Expertise.

Entre pour la première fois à l'hôpital H. R. sur le conseil du docteur N. le 4 septembre 1926.

A. H. Père 45 ans, asthmatique; mère 40 ans, bien portante; un frère et une sœur bien portants.

A. P. Scarlatine. Coqueluche. Fièvre typhoïde. Ostéomyélite du maxillaire inférieur. Pneumothorax traumatique.

Il y a un an, C. F. a été renversé par un cycliste et a fait une fracture de la base du crâne (paralysie du mot. oc. ext. droit, liquide C. R. sanglant). Pendant trois semaines après cet accident, il a fait des crises nerveuses. Ces crises, qui duraient environ une heure, débutaient par des bourdonnements d'oreille suivis d'agitation, palpitations, grande peur irraisonnée, crainte d'être interné. Il se serait adonné à l'héroïne pour calmer cet état de surexcitation et dans la crainte que ces crises — qui ont d'ailleurs cessé depuis 10 mois — ne reviennent. Dose actuelle 0,15-0,20 cgr. par jour en injections. Il s'en procurait par ordonnances médicales.

Quand il manque d'héroïne il a besoin de boire et de fumer. C'est ainsi qu'il a été appréhendé récemment à la suite d'une

infraction pour ivresse manifeste, alors qu'il conduisait une voiture de place et s'est vu retirer son permis de conduire. Il s'endormait aussi parfois au volant.

Il est intéressant de signaler que la grand'mère du malade était également morphinomane, suite d'accès d'asthme.

C. F. sort, guéri, le 18 octobre 1926.

Il récidive le mois suivant à l'occasion de son ostéomyélite du maxillaire (suite d'abcès dentaire); traité à Lariboisière, on lui fait une ordonnance de morphine, qu'il remplace par d'autres, obtenues sur cette base chez des médecins de quartier. Dose actuelle 0,30 egr. d'héroïne en deux injections.

Diplopie. Pupilles en mydriase, réagissant à la lumière. Réflexes normaux; réactions volontaires exagérées. B. W. négatif dans le sang.

Il sort, désintoxiqué le 11 janvier 1928.

La guérison semble s'être maintenue. En effet, en mai 1928, il demande la restitution de son permis de conduire et la Préfecture de Police l'envoie alors à l'hôpital H. R. pour un examen médical. Il est mis en observation pendant deux jours et voici les conclusions du rapport rédigé par le docteur Roger Dupouy : « J'estime, après examen, que C. F. ne semble pas pour le moment s'adonner à des stupéfiants, mais qu'il présente un déséquilibre mental constitutionnel aggravé par une trépanation et des appétences toxicomaniaques diverses et persistantes. Dans ces circonstances, j'estime qu'il y aurait danger pour la sécurité publique à remettre C. F. en possession d'un permis de conduire une voiture automobile et surtout une voiture publique ».

Obs. XVIII. — D. B. 32 ans, mariée, sans profession.
Héromanie.

Subit une cure de désintoxication à l'hôpital H. R. du 25 octobre au 21 novembre 1926.

Antécédents sans importance. « Je suis devenue héroï-

nomane après avoir perdu mon fils unique », déclare-t-elle.

Il y a trois ans et demi, en effet, D. B. a perdu son enfant âgé de 5 ans à la suite d'une scarlatine; elle en a conçu un grand chagrin et c'est un médecin qui, pour l'apaiser, lui a fait à ce moment, la première piqûre. Dose actuelle 0,50 cgr. par jour. A déjà subi deux cures de désintoxication.

Malade subfébrile. Oligurie; acétonurie; urobilinurie; présence de sels biliaires. B. W. négatif.

La cure est bien supportée, malgré des vomissements biliaires abondants, et la malade sort guérie.

Obs. XIX. — B. M. 67 ans, marié, peintre décorateur. *Morphinomanie.*

Entre pour la première fois à l'hôpital H. R. le 31 décembre 1926.

Il y a plus de 20 ans que B. M. a eu sa première piqûre de morphine pour des coliques néphrétiques — qui se sont souvent répétées depuis — (la dernière date d'un mois), mais ce n'est que depuis 12 ans, qu'il est morphinomane. A cette époque, toujours à l'occasion d'une colique néphrétique, le docteur X. lui a prescrit des injections de morphine et lui a conseillé — déclare-t-il — de ne pas les supprimer tout de suite et, en effet, il ne les a plus supprimées depuis.

En 1918, B. M. a obtenu par l'intermédiaire d'un soldat américain 400 gr. de morphine brute, dont il utilise maintenant les dernières parcelles pour sa solution habituelle qui renferme 50 gr. de drogue pour 40 gr. d'eau. Il se fait 6 à 10 piqûres de cette solution toutes les deux heures, ce qui lui fait, d'après lui, un total d'environ 1 gr. de morphine par semaine. Il a ressenti pendant les deux premières années « du bien-être, du ressort et du courage d'entreprendre ». Maintenant il « a beaucoup maigri, est affaibli, manque de mémoire, a des cauchemars »,

On note dans ses urines du pus en grande quantité, de l'urobiline, des sels biliaires. B. W. négatif

Le malade sort désintoxiqué, mais avant la fin de la cure, prétextant que les soins ne sont pas suffisants, le 12 janvier 1927.

Il récidive deux semaines après et, très affaibli, il revient se faire soigner en avril 1927; mais cette fois-ci encore, il sort avant la fin du traitement.

Obs. XX. — C. D. 29 ans, marié, clerc de notaire. *Toxicomanie complexe.*

Entre pour la première fois à l'hôpital H. R. sur le conseil du docteur X. le 5 janvier 1927.

Gazé de guerre, C. D. est hospitalisé en 1917 à l'hôpital de M. Il souffre de violentes douleurs thoraciques pour lesquelles on lui fait quatre injections de pantopon par jour. Il est réformé n° 1 avec 40 % d'invalidité. Après sa réforme, il continue les injections « pour ne pas souffrir » dit-il « sans tenir compte des avertissements donnés par le docteur ». N'a pas été désintoxiqué encore, mais a diminué les doses à plusieurs reprises, en 1923, 1924, 1925. Il prend actuellement 0,40 egr. d'héroïne par jour en 6 piqûres. La dose maxima a été de 1 gr. 50. A utilisé successivement de pantopon, au début, de pavéron pendant 9 mois, quelque temps de morphine et ensuite d'héroïne. A pris aussi à quelques reprises de la cocaïne « quand le trafiquant lui en faisait cadeau », car c'est par des trafiquants qu'il se procurait toutes ces drogues. Il n'a recouru que dernièrement aux offices d'un médecin et celui-ci l'a déterminé à se faire hospitaliser.

C. D. a été condamné en 1923 pour détention de stupéfiants. Il déclare n'avoir retiré aucune joie, ni aucune satisfaction de l'emploi de la drogue sauf « d'être un être normal quand il a l'héroïne ».

Quand il en manque, il a envie de bâiller, d'éternuer, ses yeux pleurent, il tremble, a des coliques, des picotements du larynx et une grande angoisse morale du manque. L'usage des toxiques lui a enlevé toute volonté; il fait passer tout après sa drogue. Impuissance sexuelle complète.

L'examen médical fait constater une néphrite chronique avec œdèmes des jambes, légère ascite, albuminurie. T. A. 15-10. Réflexes tendineux très exagérés. Induration du sommet droit. Anémie. B. W. négatif. Urée sanguine 0,23 egr. L'examen des crachats ne décèle pas de B. K.; il y a de nombreuses cellules bronchiques et une flore à prédominance de pneumocoques et de coccobacilles de Pfeiffer. Malade subfébrile.

C. D. sort le 16 janvier, avant la fin de la cure, refusant de se soumettre non pas à la désintoxication, mais au régime déchloruré institué pour sa néphrite.

Il continue ses injections d'héroïne et un an plus tard il écrit, implorant une nouvelle admission et demandant à être retenu à l'hôpital jusqu'à sa guérison.

Il entre pour la deuxième fois, le 7 mai 1928. Il est cette fois à 0,90 egr. d'héroïne par jour. Il subit la cure de désintoxication, mais sort, cette fois-ci encore, contre l'avis du médecin, avant la fin du traitement, le 23 mai 1928.

Obs. XXI. — Z. M. 28 ans, mariée, peintre. *Toxicomanie complexe.*

Envoyée par une infirmière sociale, Z. M. se fait hospitaliser le 11 janvier 1927.

A. P. Convulsions dans l'enfance. Paralyse infantile à 15 mois. Paludisme contracté à Madagascar.

C'est un médecin qui en 1920, à Madagascar, à l'occasion d'une névralgie du trijumeau, lui a fait la première piqûre de morphine. Elle est devenue rapidement morphinomane. A déjà subi une cure de désintoxication à M. en 1923 et a recom-

mencé à se piquer, avec de l'héroïne cette fois-ci, un an après, à la suite d'une opération césarienne. Dose actuelle 0,25 egr. par jour. A usé aussi d'opium, de sédol, de pantopon, d'éther, et enfin du « pire de tous », dit-elle, de l'héroïne.

Abandonnée par son mari, administrateur colonial, Z. M. ne possède plus rien; elle a vendu tout ce qu'elle avait, a exercé toute sorte de petits métiers pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat de sa drogue. Elle dit avoir en plus sa mère à sa charge.

A été condamnée à 5 ans de réclusion pour trafic de stupéfiants (pavéron, pantopon, sédol).

Elle affirme souffrir de nouveau de sa névralgie pendant le début de la désintoxication et sort alléguant ne pouvoir supporter la cure « qu'au prix de sa vie », le 15 janvier 1927.

Obs. XXII. — B. N. 24 ans, marié, infirmier. *Morphinomanie.*

Entre le 28 février 1927 sur le conseil du docteur A.

Infirmier-major dans une clinique médico-chirurgicale B. N. a commencé à s'injecter de la morphine il y a un an, « pour atténuer certains chagrins intimes » ou bien par simple curiosité. On ne trouve pas de raison nette de sa toxicomanie. Dose actuelle 0,50 egr. par jour. La dose maxima aurait été de 8 gr. (?) Il avoue avoir de la honte « des effets néfastes de la drogue qui après quelque oubli partiel de l'ennui » l'a amené à une « décrépitude complète ».

B. N. supporte bien la cure et sort guéri, le 18 mars 1927.

Obs. XXIII. — T. U. 34 ans, célibataire, officier de cavalerie. *Morphinomanie. Déséquilibre mental.*

Entre le 9 mars 1927 à l'hôpital H. R. pour se faire désintoxiquer.

Gazé pendant la guerre et grièvement blessé par une

balle à la tête, T. U. est fait prisonnier; c'est dans les camps d'Allemagne qu'il a eu pendant quelques mois des piqûres de morphine. Mais il n'est devenu morphinomane qu'en 1922, toujours à la suite de sa blessure à la tête et d'une tuberculose pulmonaire suite des gaz de guerre, pour laquelle il a été réformé à 100 %. Dose actuelle 0,24 cgr. par jour, qu'il se procure par ordonnances médicales et qui lui calme des hémoptysies et des hémorragies intestinales fréquentes, dit-il.

Affirme que la morphine lui a donné « un grand relèvement de l'activité au travail et des idées », qu'il a pu commencer et terminer « plusieurs ouvrages de littérature » (?) et, d'autre part, qu'il se sent « dégradé, même dégénéré, inutile, bon à tuer ».

C'est un déséquilibré mental qui bégaye horriblement et ne peut achever ses phrases. Il veut se désintoxiquer pour pouvoir soigner sa tuberculose, sinon il menace de se tuer.

B. W. négatif. Oligurie, urobilinurie.

Le malade tolère bien la cure et sort, désintoxiqué, le 13 avril 1927.

Obs. XXIV. — M. B. 43 ans, divorcée, courtière en antiques. *Opio-héroïnomanie*.

Subit avec succès une cure de désintoxication du 31 mars au 11 mai 1927.

Fumeuse d'opium pendant de longues années, à la suite d'une habitude contractée il y a 20 ans au Tonkin, M. B. a eu, en 1923, l'idée de prendre de l'héroïne en prise nasale dans le but de se « désintoxiquer de l'opium ». Dose journalière 0,15 cgr.

Arrêtée dernièrement à la sortie d'une maison de toxicomanes surveillée par la police, elle est ainsi arrivée à se soigner.

Obs. XXV. — M. D. 41 ans, marié, sellier-carrossier. *Morphinomanie.*

Signalé comme morphinomane, M. D. est envoyé à l'hôpital H. R. à fin de désintoxication par le médecin de la Commission de contrôle des soins aux victimes de la guerre.

Il souffre de douleurs lancinantes provoquées par la présence d'une balle qu'il a reçue pendant la guerre et qui, fichée dans la colonne vertébrale, au niveau de la 5^e vertèbre lombaire, n'a pu être extraite.

Réformé en 1915 pour paraplégie incomplète. A cette époque, un médecin militaire lui a fait la première injection de morphine. Il est devenu morphinomane trois ans après. Dose actuelle 0.10 egr. par jour, qu'il se procure par ordonnances médicales. Travaille très irrégulièrement.

B. W. négatif. Urobilinurie marquée.

M. D. sort, contre l'avis du médecin, dans le même état, le 20 avril 1927, sous prétexte qu'il ne peut tolérer le milieu hospitalier.

Obs. XXVI. — S. T. 28 ans, célibataire, étudiant en médecine. *Héroïnomanie.*

Conseillé par le docteur T., S. T. entre pour une cure de désintoxication le 3 juin 1927.

A. P. Scarlatine, broncho-pneumonie, rhumatisme cardiaque.

Héroïnomane depuis deux ans, il est actuellement à 0,40 egr. par jour, en quatre injections. Se procure la drogue par ordonnances médicales. Le point de départ de sa toxicomanie a été fourni par des crises hémorroïdaires et gastriques, rebelles aux médications ordinaires. C'est un médecin qui lui a prescrit l'héroïne, lui fournissant en même temps « un lot de comprimés » et ceci pour parer à l'impossibilité où il se trouvait de se soigner sérieusement.

Sauf la cessation des phénomènes douloureux, il n'a retiré

aucun bénéfice de l'emploi régulier d'héroïne; voici, par contre, les troubles qu'il accuse : « Etat normal (après la piqure) sauf tendance à la fatigue, diminution des forces. Un travail un peu pénible provoque de l'essoufflement, des palpitations, plus rapidement qu'à l'état normal. Aucune euphorie, aucune sensation particulière, sinon l'apaisement des troubles;... légère excitation verbale au début; à la longue, perte de la mémoire récente, paresse cérébrale, insouciance. Indifférence génitale complète. « Il se plaint en plus de bouffées de chaleur, de somnolence, légère dyspnée, des crampes dans les jambes. Au point de vue moral, il affirme avec subtilité qu'il lui reste toujours sur le bord du délit « un sens de conservation morale » analogue à l'instinct de conservation physique.

Cure bien tolérée; abcès incisé. B. W. négatif. Urobilinurie marquée.

Le malade sort désintoxiqué, contre l'avis du médecin, le 20 juin 1927.

Ce « sens de conservation morale » ne s'est pas maintenu longtemps, car, peu après sa sortie, S. T. accompagné de sa maîtresse M. D. (voir obs. XXXV) est surpris en flagrant délit de vol à l'étalage d'une librairie médicale du Quartier Latin. Ils finissent par avouer que, pour augmenter leurs ressources et surtout pour se procurer l'argent nécessaire pour leur passion commune, l'héroïne, ils pratiquaient couramment le vol à l'étalage des librairies; ils avaient ainsi dérobé et revendu plus de 400 volumes. La perquisition opérée dans la chambre du couple a fait découvrir un grand stock de volumes, ainsi qu'une trousse d'injections et une quantité d'héroïne.

Obs. XXVII. — U. R. 62 ans, marié, préparateur en pharmacie. *Morphinomanie*.

Subit une cure de désintoxication du 8 juin au 15 juillet 1927.

La première ainsi que la deuxième piqûre de morphine lui ont été faites par son médecin pour « guérir ses insomnies », il y a un an. Il a continué pour atténuer le grand chagrin qu'il avait de voir sa femme atteinte d'une maladie incurable. Dose actuelle 0,20 cgr. en injections, surtout la nuit, pour dormir; de temps en temps il remplace la morphine par l'héroïne. U. R. affirme n'avoir retiré aucun bénéfice ni ressenti aucun trouble à la suite de sa toxicomanie. Pourtant, il ne travaille plus depuis et est absolument sans ressources.

Il est sorti guéri, mais d'après les informations reçues a récidivé peu après.

Obs. XXVIII. — E. B. 56 ans, marié, négociant. *Morphinomanie.*

Envoyé par un médecin, E. B. se fait hospitaliser le 19 juillet 1927. A. H. Mère morte d'une tumeur hépatique, sœur ayant un cancer du foie. A. P. coliques hépatiques à répétitions.

E. B. eut sa première piqûre en 1922 des mains d'un médecin, à l'occasion d'une colique hépatique. Devient morphinomane mais, par trois fois, réussit à se passer lui-même des piqûres (en 1923, pendant quatre mois, à la suite d'une opération); l'occasion de la rechute a été fournie par une nouvelle colique hépatique. Il diminue les doses jusqu'à un centigramme; nouvelle période d'abstinence d'avril à août dernier; de nouveau, colique hépatique et rechute. Troisième rechute en septembre dernier; depuis il est à 0,10 cgr. de morphine par jour. Dose maxima 0,12 cgr. Se procure la morphine par ordonnances et les derniers mois par des moyens détournés.

E. B. affirme n'avoir jamais cherché dans l'usage de la morphine des satisfactions (que celle-ci ne lui a pas d'ailleurs procurées), mais toujours à calmer ses souffrances. A eu des cauchemars pénibles et des insomnies pour lesquelles il a usé quelquefois de dial et de gardénal.

Il sort désintoxiqué, mais avant la fin du traitement, le 14 août 1927.

Obs. XXIX. — S. D. 36 ans, marié, artiste dramatique.
Toxicomanie complexe.

Envoyé par le docteur M., S. D. entre pour la première fois à l'hôpital H. R. le 3 octobre 1927.

Héroïnomane depuis 1914 à la suite d'une blessure, suivie d'ostéomyélite pour laquelle il a dû subir trois interventions chirurgicales. La première piqure a été faite par un médecin. Dose actuelle 0,50 egr. par jour en plusieurs injections, suivant « les besoins ou les moments de cafard ou de souffrance ». A été désintoxiqué et a lui-même diminué les doses à de nombreuses reprises, ayant la ferme intention de se débarrasser de sa toxicomanie dont il a « souffert plus qu'il n'a tiré de soulagement et qui cause tant de chagrin aux siens »; les rechutes ont été occasionnées par les interventions chirurgicales. Il a gardé l'horreur d'être séparé des siens, qu'il affectionne beaucoup; « il a peur de recommencer » et pourtant il était poursuivi par « le besoin tyrannique » de la drogue, qui le faisait souffrir moralement et physiquement. Pendant les périodes d'abstinence, il a remarqué qu'il était sujet à des crises d'éternuements régulières, se produisant parfois 12 à 15 fois dans la journée.

S. D. accuse les drogues de lui avoir provoqué « le cafard » et enlevé toute gaieté; une certaine facilité de travail mental au début; « des remords toujours, de la joie jamais ».

A usé aussi de la cocaïne qu'il mélangeait à l'héroïne, il y a trois ans; a essayé l'éther. Il se procurait les drogues par ordonnances et par des pharmaciens.

Il sort amélioré, contre l'avis du médecin, le 11 octobre 1927.

Quelques mois après, il récidive à l'occasion d'une entérite rebelle et se fait hospitaliser une deuxième fois le 9 oc-

tobre 1928, avec l'horreur des drogues et l'espoir ferme que « cette fois il sera guéri pour toujours ».

Il subit le traitement en entier et sort, guéri, le 21 octobre 1928.

Obs. XXX. — D. K. 57 ans, marié, journaliste. *Opio-héroïnomanie*.

Entre pour la première fois à l'hôpital H. R., sur le conseil du docteur C., le 16 octobre 1927.

A. P. Ankylose de la hanche. Emphysème pulmonaire.

D. K., père de trois enfants, compte à son actif 30 ans d'opiomanie. Il a pris l'habitude de fumer l'opium en Indochine où il était fonctionnaire dans l'Administration et n'a jamais cessé, malgré son retour en France. En 1916 une sage-femme qui l'approvisionnait, n'ayant plus d'opium, lui a fourni à la place sa première ration de morphine, qu'il a remplacée après par l'héroïne. Dose actuelle 0,30 cgr. en piqûres de 0,02 cgr. réparties durant la journée. Il se fournit par des trafiquants et entreprend aussi, par les soins de médecins amis, des cures de désintoxication bénévoles qui ne réussissent jamais.

L'héroïne lui est nécessaire pour satisfaire au besoin impérieux résultant d'une accoutumance de 30 ans; ce n'est pas l'euphorie qu'il recherche; il a continué sous l'emprise de douleurs violentes dans les jambes, qui surviennent dès qu'il fait une tentative sérieuse de suppression. Il a éprouvé l'abolition de sa volonté, de toute énergie, une profonde indifférence. Il est devenu « une loque incapable de tout travail intellectuel » et ceci l'amène à se faire désintoxiquer. D. K. signale aussi des rêves et cauchemars constants, toutes les nuits.

Lymphangite de l'avant-bras droit. T. 39°. B. W. négatif. Urubilinurie marquée.

D. K. sort pour des raisons personnelles, avant la fin

du traitement, le 7 novembre 1927. Il revient se faire soigner de nouveau, dix jours plus tard et sort guéri, après une nouvelle cure, le 10 décembre 1927.

Obs. XXXI. — M. N. 39 ans, séparée, sans profession.
Toxicomanie complexe. Déséquilibre mental.

Entre en traitement libre le 10 décembre 1927, envoyée par le docteur V. qui demande, s'il le faut, l'internement.

Voici l'histoire de cette toxicomane résumée dans le certificat fait à fin d'internement par voie de placement d'office, par le docteur B. qui connaît la malade et la suit depuis 10 ans.

M. N., actuellement sans domicile, est atteinte de déséquilibre mental avec perversions instinctives, amoralité absolue, abus de confiance, déchéance sociale, mythomanie et mensonge, toxicomanie. Cette malade, qui a appartenu à la grande société, a dilapidé tous ses biens; elle vit depuis plusieurs années d'expédients, voisinant l'escroquerie; elle est actuellement en état de vagabondage. Toxicomane invétérée et toujours intoxiquée, elle fait des dettes de tous côtés et a son dossier à la police judiciaire. Dans ces conditions, elle est incapable de se conduire convenablement au dehors et constitue un véritable danger pour l'ordre public.

A l'entrée M. N. prend 0,10 egr. de morphine et 0,50 egr. de cocaïne par jour. Mauvais état général; nombreux abcès. B. W. négatif.

La malade sort, guérie, en bon état général, le 9 janvier 1928.

Obs. XXXII. — V. B. 41 ans, célibataire, mécanicien.
Toxicomanie complexe. Débilité mentale.

V. B. est envoyé pour désintoxication par l'Hôtel-Dieu, où il a été traité pour des troubles gastriques, le 27 décembre 1927.

Opéré d'un ulcus gastrique en 1916, on lui a fait à cette époque, à l'hôpital, des injections de morphine. Il ne souffrait plus à la sortie, mais a continué à se piquer « par idée, par besoin » en se procurant la drogue par l'intermédiaire des amis qui travaillaient dans une pharmacie.

Poursuivi en 1923 pour vol à l'étalage, V. B. bénéficie d'un non-lieu après une expertise qui constate une débilité mentale avec perversions instinctives. Il est interné ensuite à l'asile de B..., où il reste 3 ans et subit une cure de désintoxication (la deuxième). Depuis sa sortie de l'asile, il a recommencé et dépense tout ce qu'il gagne pour s'acheter la drogue. Il use de morphine à la dose de 0,10-0,12 cgr., soit de pantopon, soit enfin de cocaïne en prise nasale. Il est cachectique, souffrant; a eu des abcès.

De nouveau surpris, en mai 1927, en flagrant délit de vol à l'étalage, il est déclaré irresponsable par le médecin de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police, qui demande de nouveau son internement, « V. B... étant atteint d'une maladie organique des centres nerveux, se traduisant par l'affaiblissement des facultés intellectuelles surtout de la mémoire et un tremblement généralisé; sujet en outre à des vertiges paraissant être d'origine gastrique ».

Morphinomane, prenant actuellement 0,10 cgr. par jour en plusieurs piqûres, V. B. croit pourtant pouvoir s'en priver quelques jours s'il le veut.

Il retourne à l'Hôtel-Dieu avant la fin de la désintoxication, l'état gastrique empirant, le 4 janvier 1928.

Obs. XXXIII. — G. H. 63 ans, veuf, docteur en médecine.
Morphinomanie.

Entre à l'hôpital H. R. pour se désintoxiquer le 3 février 1928.

Tabétique depuis 25 ans, G. H. se fait régulièrement des injections de morphine depuis 1920, à dose journalière moyenne de 0,10 cgr. pour calmer ses crises douloureuses.

Il a diminué à certains moments les doses, mais n'a jamais cessé complètement.

D'après les renseignements fournis par une de ses filles, G. H. prétexterait souvent de manière injustifiée ses crises tabétiques pour continuer ses piqûres. Sa femme, qui menait, paraît-il, une vie terrible depuis que son mari était devenu morphinomane, s'est suicidée par noyade.

Malade très déprimé, très affaibli, inconscient par moments. B. W. négatif. Cure spécifique.

G. H. sort désintoxiqué, amélioré, le 4 mars 1928.

Obs. XXXIV. — C. S. 24 ans, célibataire, interne en pharmacie. *Morphinomanie.*

Envoyé par le docteur M., pharmacien, C. S. entre à l'hôpital H. R. le 8 mars 1928. En juin 1925, souffrant de gastralgies pénibles avec vomissements quotidiens, qui l'empêchaient d'assurer son service et de préparer un examen, C. S. a commencé à s'injecter de la morphine, agissant « de son propre chef », après échec d'autres médicaments essayés. Pour « conserver ses forces et son activité » il a continué et s'est vu rapidement obligé d'utiliser des doses croissantes. Il est arrivé à la dose actuelle de 0,50-0,80 cgr. par jour en quatre piqûres.

Il n'a pas retiré de satisfactions spéciales, sauf l'apaisement des douleurs. Diminution de l'activité sexuelle. A réussi à plusieurs reprises à diminuer les doses, mais sans arriver à la suppression complète. Pendant la diminution, il a eu des vomissements biliaires très abondants, de l'énervement, des insomnies, le sommeil agité de rêves, pendant lesquels il a l'impression qu'il s'injecte la dose qui le calmera.

A été par deux fois, malgré lui, privé brusquement de sa drogue à l'occasion des voyages. Il y a deux ans, revenant de vacances, sans morphine depuis trois jours, il a eu dans le train des vomissements et une perte de connaissance suivie d'une crise épileptiforme; état tellement im-

pressionnant qu'on a voulu l'hospitaliser. Il ne lui souvient pas comment il a réussi à rentrer à Paris; aussitôt arrivé à son hôpital il s'est injecté deux grammes de chlorhydrate de morphine et cinq minutes après, tout à fait dispos, il pouvait assurer son service.

C. S. se prépare lui-même la drogue en partant de l'opium ou de l'extrait d'opium et fabrique une solution brune de « morphine brute » qui doit être assez mal tolérée en injection, puisqu'il se fait au préalable une injection analgésiante avec 2 cc. d'une solution de novocaïne à 3 %.

Il croit qu'il serait capable de faire n'importe quoi pour se procurer la morphine et c'est cette perspective qui l'a surtout décidé à se désintoxiquer, devant partir faire son service militaire et risquant ainsi de ne plus pouvoir s'en procurer.

C'est un malade calme, mais très déprimé, subfébrile, se passant facilement de ses piqûres vers la fin de la cure. B. W. négatif. Urobilinurie. C. S. sort désintoxiqué, guéri, le 15 avril 1928.

Obs. XXXV. — D. M. 37 ans, célibataire, couturière.
Toxicomanie complexe.

Entre pour la première fois à l'hôpital H. R. sur le conseil d'un médecin, le 21 janvier 1928.

D. M., qui a eu une vie assez mouvementée, s'est adonnée tout d'abord à l'opium il y a 14 ans « par curiosité et par passion ensuite ». Elle a été initiée à cette époque à Toulon, pas un officier de marine, dans le but de se faire aimer d'elle (?).

La drogue lui procurait un grand plaisir physique. Successivement, elle a usé de morphine, de cocaïne, pour s'arrêter finalement à l'héroïne qui, à son avis personnel, « est supérieure à tous les stupéfiants » et dont elle prend maintenant 0,40 egr. par jour en trois injections. C'est une femme

entretenu, qui lui aurait révélé ce dernier paradis artificiel.

D. M., qui ne peut plus travailler depuis qu'elle est intoxiquée, a subi une « dépression morale »; signale des rêves éveillés. Se procure la drogue par ordonnance médicale, ce qui lui occasionne une dépense de 20 fr. par semaine, à laquelle s'ajoutent les 50 fr. coût de l'héroïne. A subi sept cures de désintoxication à Z. et à R. et à récidivé par « désir de la drogue et habitude ». Quand elle en manque, elle se sent très agitée, a des vertiges, des étouffements, des vomissements, de la diarrhée.

Avoue avoir commis des escroqueries et des abus de confiance; condamnée à 100 fr. d'amende pour escroquerie, D. M. a été surprise dernièrement en flagrant-délit de vol à l'étalage avec son ami, héroïnomanie également (voir obs. XXI).

Malade calme, souffrant de nombreux abcès. T. 38°.

Sort guérie, le 22 janvier 1928.

Elle récidive deux jours après et se présente pour une nouvelle cure le 15 mars 1928, mais sort, protestataire, le jour suivant.

Obs. XXXVI. — N. O. 28 ans, célibataire, tourneur sur métaux. *Morphinomanie.* ..

Morphinomanie depuis 4 ans, N. O. entre à l'hôpital H. R. pour une cure de désintoxication le 29 avril 1928.

Sa toxicomanie est d'origine strictement médicale. Il a subi une gastro-entérostomie en 1919 pour un ulcus gastrique; mais la bouche artificielle fonctionnant imparfaitement, il est repris d'hématémèses avec douleurs et intolérance gastrique et subit deux nouvelles interventions en 1923. Les résultats ne sont que transitoires, puisqu'en 1924 il a de nouveau des crises douloureuses périodiques accompagnées d'hématémèses.

C'est à l'occasion de ces crises douloureuses, qu'on lui

prescrit des injections de morphine et, vu leur répétition, il ne tarde pas à devenir morphinomane. Il est à noter qu'il a eu des piqûres de morphine lors de ses diverses opérations, mais sans que l'accoutumance s'ensuive.

La dose actuelle est de 0,05 egr. par jour, en cinq piqûres, qu'il porte à 0,10 egr. pendant les crises. Il a diminué progressivement les doses et n'a plus eu d'hématémèses depuis trois mois.

L'injection amène la cessation immédiate des douleurs et sans elle il est dans l'incapacité complète de faire quoi que ce soit, il a l'impression de grande fatigue, de diminution de sa résistance au travail.

C'est un malade calme, supportant bien la cure, se privant facilement de ses piqûres. B. W. négatif. Urobilinurie marquée.

Il sort désintoxiqué, amélioré, le 26 mai 1928.

Obs. XXXVII. — S. K. 34 ans, divorcé, peintre décorateur. *Cocaïnomanie. Psychose cocaïnique. Déséquilibre mental.*

Entre pour la première fois à l'hôpital H. R. le 6 avril 1928.

C'est en 1917, entraîné par un camarade tunisien et « ayant le cafard », que S. K. a commencé à priser de la cocaïne pour oublier qu'il était en Orient, dit-il. Et il a toujours continué depuis, à dose moyenne de 0,50 egr. qu'il se procure par des trafiquants, à Montmartre, payant 100 fr. le gramme de « coco ».

Il aurait retiré quelques bénéfices de l'usage de la drogue : un accroissement de ses facultés de production pour la composition artistique, des modèles de divers objets et de robes, une certitude plus grande dans les coloris. Il s'est senti, au début, plus léger, il était plus sensible aux sons et avait une vision amplifiée des objets; avait de même la parole plus facile et se rappelait avec plus de précision des choses anciennes. Il a éprouvé par contre de nombreux

troubles : des étouffements, une grande lassitude, des maux de tête, des picotements dans les jambes et dans les mains, comme s'il était piqué par des « milliers d'aiguilles ». Il a perdu l'énergie, manque de mémoire; la puissance sexuelle est diminuée; il a l'impression de n'être plus bon maintenant à composer aucun modèle. D'autre part, des phénomènes psychiques plus graves sont signalés : il est devenu « méchant et méfiant », a des moments de « peur irraisonnée »; il rêve chaque nuit à haute voix et se croit poursuivi, a la hantise d'être trompé par son amie qui pourtant, dit-il, est au-dessus de tout soupçon.

A commis des abus de confiance et a été condamné à 200 fr. d'amende. Interné à Villejuif en 1921; l'expertise à cette époque le considérait irresponsable et on notait : « déséquilibre mental avec perversions instinctives, poussées subaiguës, amoralité, cocaïnomanie. » Reste six mois à l'asile où il est désintoxiqué, mais récidive quelques jours après sa sortie.

Depuis les trois derniers mois, S. K. a beaucoup maigri, il augmente continuellement ses doses; il n'a pas interrompu son travail et gagne 40 fr. par jour, qu'il dépense entièrement pour sa drogue; il vend en plus tout ce qu'il possède; aurait menacé de « tuer, plutôt que ne pas avoir la poudre ! »

A l'entrée il est en état d'angoisse, avec les extrémités gelées, du vertige; il déclare qu'on le harcèle sans cesse et on fait des réflexions désobligeantes sur lui. Vient se soigner sur les instances de sa mère.

Le malade est calme dans le service, s'occupe de peinture, mais est accusé de larcins, et devient récriminateur.

B. W. positif dans le sang. Traces d'urobiline. Il subit un traitement spécifique et sort, désintoxiqué, le 10 juillet 1928.

Mais dès sa sortie, le soir même, il recommence. Sa mère, qu'il a d'ailleurs menacée avec un rasoir, refuse de le reprendre et demande son placement. Il vole à sa mère une pendule

qu'il revend à bas prix pour s'acheter la drogue. Périodes de dépression où il énonce des idées de suicide, entrecoupées de périodes d'excitation violente, pendant lesquelles il exprime des idées d'homicide contre les ouvrières de son amie et menace aussi cette dernière de la tuer si elle l'abandonne.

S. K. revient à l'hôpital H. R. en état de besoin, le 30 août 1928 et demande lui-même son placement. Voici le certificat d'internement rédigé par le docteur Paul Schiff : « Déséquilibre mental constitutionnel; hérédité similaire. Toxicomanie (cocaïne). Délits divers, vol, escroquerie, etc., commis, dit-il, en état de besoin et pour se procurer des toxiques. Déchéance sociale rapidement progressive. Essai de désintoxication récente à l'hôpital Henri Rousselle. Revient en état de besoin avec pâleur, tremblements, amaigrissement. A commis il y a quelques semaines des actes délictueux, n'ayant pas entraîné de poursuites judiciaires (vol au préjudice de sa mère). Dans une scène d'ivresse cocaïnique s'est livré à des violences contre son amie, a menacé sa mère avec un rasoir. Demande lui-même à être protégé contre son penchant par le retour à l'asile. Interné en 1921... L'état psychopatique de S. K. le rend dangereux pour autrui. D'autre part la déficience de la volonté de ce malade, sa passivité devant son vice, fait que, si l'on veut aboutir chez lui à une cure de désintoxication effective, il est nécessaire de le placer dans un établissement consacré aux maladies mentales... »

Obs. XXXVIII. — S. B. 42 ans, célibataire, fleuriste.
Morphinomane.

À la suite d'une demande d'internement faite par sa mère, à laquelle il fait une vie impossible, S. B. se décide à se désintoxiquer, en cure libre, le 12 juin 1928.

Il est devenu morphinomane depuis septembre 1922, à la suite d'une prescription médicale, occasionnée par une

colique néphrétique. C'est son médecin, qui lui a fait la première injection. Dose actuelle 0,12 egr. en trois piqûres, qu'il se procure par connaissances.

Il en a retiré une sensation de bien-être, de force et le pouvoir de s'intéresser à ses occupations, mais se plaint depuis de manque de mémoire, de grande faiblesse, avec troubles intestinaux et transpirations abondantes.

Il est devenu dernièrement très nerveux, a des crises d'agitation pendant lesquelles il crie et se roule par terre.

B. W. négatif. Urobilinurie.

S. B. sort, calme, guéri, le 16 juillet 1928.

Obs. XII. — H. J. 49 ans, célibataire, employé de commerce. *Toxicomanie multiple.*

Déterminé par les siens, H. J. consent à entrer à l'hôpital H. R. pour une cure de désintoxication le 10 juillet 1928. Il est devenu morphinomane en 1916, à la suite de quelques piqûres faites par un médecin pour calmer ses crises de tabès.

Voici l'histoire de ce malade, d'après les renseignements fournis par sa sœur : « H. J. avait un médecin qui lui faisait tous les deux ou trois jours une ordonnance d'héroïne, de sédol ou de morphine, et plus abondamment pendant ses crises quand il prenait de très fortes doses. Ceci pendant plusieurs années, tant qu'il avait les moyens, jusqu'au moment où il fit faillite.

Depuis, il se procure de l'argent par tous les expédients possibles, pour pouvoir acheter sa drogue, porte jusqu'à son linge de corps, ses vêtements et ses draps au Mont-de-Piété. Il est dans la plus noire misère et emploie toute son astuce à inventer des histoires pour arriver à ses fins. Il n'a pas voulu jusqu'à aujourd'hui se faire soigner, ni chercher un travail utile. Il va sortir de cette impasse, dit-il, et il fait toujours des plans merveilleux mais « la fatalité » l'empêche de les réaliser et l'envoie à la prison de F., comme

cela lui est arrivé l'année dernière. A une très grande opinion de lui-même et une tendance à chercher querelle à tout le monde. Ne veut pas se soigner, dit-il, parce qu'il « tient son mal en respect » par ses piqûres. »

H. J. souffre beaucoup pendant la désintoxication. B. W. négatif dans le sang. Oligurie avec urobilinurie marquée.

Il sort désintoxiqué, le 24 août 1928.

Obs. XL. — D. M. 43 ans, divorcée, sans profession.
Hérophinomanie.

Après avoir erré d'hôpital en hôpital, D. M. se présente au service de prophylaxie mentale et supplie d'être reçue et désintoxiquée. Elle y est admise le 11 juillet 1928. Hérophinomane depuis 8 ans, elle a accouché, il y a quatre mois, à la clinique Baudeloque, où on lui a conseillé de se désintoxiquer. Abandonnée par son ami après l'accouchement, elle est sans ressources et dans un état de découragement profond.

D. M. est devenue toxicomane en septembre 1920 à l'occasion d'une crise d'asthme pour laquelle un médecin lui a fait des piqûres d'héroïne. Elle a continué depuis; la dose actuelle est de 0,06 egr. par jour.

A l'examen médical, on note de la bronchite chronique avec crises d'asthme fréquentes, dyspnée d'effort et, au repos, tachycardie sans lésions cardiaques. B. W. négatif. Oligurie, urobilinurie.

La malade sort calme, guérie, le 8 août 1928.

Obs. XLI. — S. H. 31 ans, marié, étudiant en médecine.
Morphinomanie.

Est envoyé à l'hôpital H. R. par le docteur T. pour continuer une cure de désintoxication amorcée depuis quelques jours, le 12 juillet 1928.

S. H. a commencé à se faire des injections de morphine, il y a deux ans, pour pouvoir étudier la nuit et obtenir, dit-il, une « suractivité ». A été désintoxiqué à trois reprises; chaque fois la cure a été plus difficile. Depuis trois mois, il s'injecte de 40 à 50 ampoules de 0,01 egr. de morphine par jour, en cinq à six piqûres. Il se procure la drogue par ordonnances et par importation. Les rechutes auront été occasionnées par son entourage. Il accuse une grande fatigue, des troubles de la mémoire récente, du dégoût sexuel.

S. H. refuse de se soumettre à la discipline hospitalière et sort deux jours après son entrée.

Obs. XLII. — F. R. 28 ans, célibataire, artiste lyrique.
Toxicomanie complexe.

Entre à l'hôpital H. R. pour une cure de désintoxication le 8 octobre 1928. A. H. Père sourd-muet, alcoolique, mort à 46 ans de delirium tremens; mère, sourde-muette réduite, bien portante; une sœur bien portante.

A. P. Rougeole, coqueluche, croup à 7 ans, pleurésie en 1916; réformé n° 2 en 1920 (bacillose?); syphilis (roséole papuleuse) en 1925.

Nous ferons une large place à l'histoire de la toxicomanie de F. R. intéressante à de multiples points de vue, en empruntant les éléments à un mémoire rédigé à l'intention du docteur Dupouy par ce malade.

Retour de son service militaire, F. R., qui a le « cafard » à la suite d'une rupture avec son amie, est entraîné par un camarade dans une maison dénommée par les habitués « Renifl'Hôtel. » (Il n'a compris que plus tard le sens de cette enseigne, en apprenant que tous les locataires, y compris le patron et la patronne, se droguaient.) Il s'y trouve en présence de toute une bande d'individus « aux yeux agrandis, aux pupilles dilatées » qui lui demandent de leur chanter « Fumée d'Opium, La Coco, Place Pigalle » ou toute autre

chanson qu'il connaît, contenant des allusions aux drogues. F. R. retourne souvent dans cette maison. On lui offre, bien entendu, la prise de « coco ». Il sent comme un gonflement dans la gorge, son nez se refroidit et devient insensible et il ne trouve aucune sensation sauf un goût amer de médicament. Il prise pendant 15 jours sans le moindre effet. C'est alors, qu'une vieille habituée de la drogué, s'engage à lui montrer le vrai visage du « Kieff ». Elle le fait s'allonger avec défense de bouger, lui recommande de penser à quelque chose et lui fait prendre à deux reprises deux fortes doses de poudre. Un engourdissement l'envahit, il ne sent plus ses jambes ni ses bras, n'a plus aucun empire sur son corps qui pend inerte; sa tête seule travaille et il a l'impression d'avoir été « nettoyé intérieurement ». L'esprit frais et dispos, il discute et parle à haute voix — sans se rendre compte — de ce qu'il doit faire le lendemain. Il est « Kieff ».

F. R. est maintenant bel et bien cocaïnomane. Il augmente continuellement les doses et arrive à 2 gr. 50 par jour, en prise; c'est la camarade initiatrice, qui lui procure la drogue. Au bout de quelques mois, « dégoûté », il cesse brusquement de priser, d'un jour à l'autre, sans éprouver aucun trouble. Il fait des tournées artistiques et ne prend plus de drogues pendant une période de 4 ans.

En 1924, de nouveau à Paris, où il joue dans divers music-halls, F. R. retrouve la camarade initiatrice qui ne le lâche plus. Elle lui vend environ 2 gr. de cocaïne par jour au prix de 50 à 80 fr. et il continue son métier, prisant en cachette.

Mais, après quelques mois, il veut de nouveau cesser. Pour se venger alors, sa camarade l'aurait présenté à un boiteux bien connu à Montmartre qui lui aurait confié pour quelques minutes un stock de paquets de cocaïne. C'est ainsi qu'il fut arrêté par la police judiciaire et condamné comme trafiquant, à trois mois de prison, cinq ans d'interdiction de

séjour et 1.000 fr. d'amende, en décembre 1924. Pendant les dix mois qui suivent, il ne touche plus à la drogue.

En septembre 1925, se plaignant de neurasthénie, un de ses amis a vite fait de le mettre en présence d'un groupe de toxicomanes où il reconnaît plusieurs des habitués du « Renfil'Hôtel » et même son ancienne camarade dénonciatrice. Il se laisse entraîner à Montmartre — une fois, n'est pas coutume — et le voilà de nouveau cocaïnoman.

F. R. devient le meilleur client d'un fournisseur de Montmartre et ce marchand lui apporte même trois paquets de « coco » au Palais de Justice, le jour de son appel contre la condamnation de 1924. Il a occupé entre temps un poste dans un théâtre et gagne largement sa vie.

En octobre 1925, la Cour d'Appel de Paris écarte l'accusation de trafic de stupéfiants et, le considérant simplement comme toxicomane, supprime l'interdiction de séjour, lui accorde le sursis et double l'amende, à 2.000 fr.

F. R. continue à priser jusqu'en mars 1926, quand il manifeste à son fournisseur l'intention d'abandonner cette drogue « qui ne lui faisait plus rien ». Celui-ci, qui voit un excellent client lui échapper (il dépense à ce moment 140 fr. à 180 fr. par jour pour la cocaïne), lui présente à double prix (70 fr. le paquet) une « drogue pure ». Mais F. R. s'aperçoit vite qu'il est trompé; le marchand ne se donne pas pour battu et lui offre alors gratuitement 5 paquets de cocaïne et un paquet d'héroïne, lui recommandant de faire attention pour cette dernière qui est « plus forte que la morphine ». Il prise l'héroïne et c'est la révélation d'une drogue nouvelle; le même effet que celui obtenu par la cocaïne 5 ans auparavant, en moins la nervosité; il se sent très calme, enveloppé par une étrange torpeur, sans aucune force corporelle, dans une sorte de « coma voulu », dit-il, où seul le cerveau travaille, en pleine conscience. Enchanté, il continue par des prises combinées d'héroïne et de cocaïne.

Ayant épuisé une fois la provision laissée par son fournisseur, en voyage, il se trouve en état de besoin, est malade et se rend compte « qu'il est intoxiqué ». Mais l'habile marchand arrive à temps pour lui offrir « royalement » la pincée qui le guérit.

Il essaie alors de se désintoxiquer à domicile — car il ne veut pas abandonner sa situation, où il gagne 300 fr. par jour — à l'aide de potions à base de belladone et de bromures prescrites par un médecin, mais sans aucun résultat. Il reprend de l'héroïne « pour conserver sa place » et travaille « tenu par les nerfs et la drogue ». Il aurait eu, à cette époque, sous l'influence de la cocaïne quelques inspirations heureuses de mise en scène. Pour passer les nuits blanches des répétitions, il arrive à prendre jusqu'à 5 gr. de cocaïne et jusqu'à 2 gr. 50 d'héroïne. Il maigrit, perd ses forces, mais n'a ni hallucinations ni cauchemars. N'ayant plus assez d'argent pour payer sa drogue, il reste de nouveau, en octobre 1926, en privation absolue durant 36 heures. Il éprouve des picotements dans la gorge, le nez lui coule sans arrêt, ses yeux pleurent; palpitations, vomissements biliaires, chair-de-poule avec sensation de glaçon, claquements des dents. Il arrive cadavérique à son bureau, transpirant énormément et s'endort comme une loque. Un médecin appelé diagnostique une intoxication chronique par l'héroïne et F. R. est congédié.

Sa déchéance commence. Il chante de temps à autre dans des cinémas et des concerts, mais n'arrive plus à gagner suffisamment pour acheter sa drogue. Par économie, par curiosité et aussi parce qu'il a une perforation de la cloison nasale, il se fait des injections d'héroïne et arrive à une dose journalière de 2 gr. 50. Il échoue dans des milieux d'intoxiqués de plus en plus misérables. Quand il manque d'héroïne, il se fait des injections de laudanum, ou'il dilue avec de l'eau en ajoutant une pincée d'héroïne parce que

trop douloureux. Aucun soin dans ses piqûres. N'importe où, n'importe comment, avec n'importe quelle eau pour ses solutions. Il a de nombreux abcès et est souvent malade.

F. R. rencontre dans ces milieux un ancien camarade qui fait trafic de drogues sous le couvert d'une fabrique de jouets. C'est un mutilé de guerre, trépané, qui prend beaucoup d'héroïne et de cocaïne en prise. Bien qu'il ait des ordonnances médicales, sa femme achète clandestinement à Montmartre des grandes quantités de drogues qu'elle revend ensuite avec bénéfice, son mari s'occupant avec le placement de la marchandise à domicile. Cette femme — qui maquille avec art la cocaïne avec 50 % de lactose, de manite, de véronal, de terpène — est aussi toxicomane.

Déchu, misérable, F. R. accepte d'être engagé dans cette curieuse fabrique *au pair*, c'est-à-dire « qu'il travaillera jours et nuits blanches de la cocaïne, sans aucun salaire; il recevra abri et nourriture et de la drogue tant qu'il voudra, sans se priver ». Une descente de la Police judiciaire le fait arrêter en décembre 1927 en compagnie de douze autres fabricants ou amateurs de jouets. Trois semaines après, il sort de la Santé « malade comme un chien » et son premier soin est d'aller vivement acheter un paquet de cocaïne.

Il est condamné comme récidiviste à trois mois de prison et 1.000 fr. d'amende, ce qui lui fait avec la condamnation antérieure six mois de prison à faire et un total de 21.750 fr. à payer.

Depuis l'hiver dernier, il traîne une vie misérable, ayant tout vendu, jusqu'à sa garde-robe, pour se procurer la drogue. C'est dans cet état — espérant une situation en province — qu'il se décide à venir se faire désintoxiquer. —

On se trouve en présence d'un malade pâle, amaigri, couvert de sueurs abondantes. Tremblement des doigts; réflexe rotulien vif à droite, faible à gauche. Pouls 96. T. 37°. Abcès incisés; à l'examen du pus on trouve

des streptocoques en courtes chaînettes. B. W. négatif dans le sang. L'examen du sang décèle une légère anémie, formule leucocytaire normale. Oligurie, urobilinurie.

Le malade prend actuellement environ 2 gr. 50 d'héroïne par jour, toutes les 3 heures, en injections ou en prises. Il a usé aussi, en dehors de la cocaïne, de la morphine, en deux fois de l'éther, qui ne lui a pas plu, et enfin de haschisch, qu'il a fumé mélangé à du tabac.

F. R. calme, accepte volontairement sa cure, et en demande lui-même la prolongation afin de consolider les résultats.

Il sort, guéri, le 26 novembre 1928.

Obs. XLIII. — M. N. 19 ans, célibataire, danseuse. *Toxicomanie complexe.*

Entre à l'hôpital H. R. pour se faire désintoxiquer le 2 novembre 1928. M. N. aurait été initiée à la prise d'héroïne il y a 3 ans, par un médecin, son ami, dans un but de vengeance, dit-elle, parce qu'elle ne l'aimait pas. Elle a fumé aussi l'opium et a prisé de la cocaïne; maintenant elle prise de l'héroïne — qui lui est fournie par une femme entretenue — à la dose de 0,50 cgr. par jour.

Au début, elle a trouvé cela « fort agréable » mais ensuite elle s'est aperçue que c'était un besoin et en a beaucoup souffert, sans retirer aucun bénéfice. L'héroïne lui donne « le cafard »; elle est toujours triste, a des hallucinations terribles pendant lesquelles elle aperçoit la police; défaillances de la mémoire.

Les derniers mois, M. N. ne travaille plus et est sans ressources.

Amaigrissement. Perte de l'appétit. Aménorrhée. B. W. positif dans le sang.

Récriminante, M. N. refuse de continuer la cure et sort dans le même état, quelques jours après son entrée.

Obs. XLIV. — B. L. 32 ans, divorcé, médecin. *Toxicomanie complexe. Delirium tremens chloralique.*

Est admis d'urgence à l'hôpital H. R. dans un état demi-comateux, le 7 novembre 1928.

C'est un toxicomane de longue date qui a été déjà 5 fois démorphinisé; actuellement, il s'intoxique avec des bromures et du chloral, à la dose de 150 à 180 gr. par jour.

Agité de tremblements généralisés, les pupilles en mydriase, anurique, fiévreux (38°5), répondant à peine aux questions qu'on lui pose, B. L. est soumis à un traitement cardiotonique et général et sort de sa torpeur. La diurèse se rétablit, transpirations abondantes; il est encore confus par instants et demande une piqûre de morphine.

L'urée sanguine est à 0,92 cgr. Les urines contiennent de l'albumine, de l'acétone et de l'urobiline en grande quantité.

La fièvre qui est tombée le troisième jour, remonte le cinquième jour en crochet à 40°. Le malade, très fatigué, est repris, dans un très mauvais état, par sa famille, le 12 novembre 1928.

Obs. XLV (Personnelle). — H. N. 26 ans, célibataire, femme de lettres. *Toxicomanie complexe.*

Entre le 19 novembre l'hôpital H. R. pour une cure de désintoxication.

Depuis son adolescence, H. N. s'est sentie attirée vers les toxiques; elle aurait pris n'importe quoi : de l'éther, du laudanum, etc.

L'occasion lui est fournie en 1920, par la connaissance d'une femme qui fumait l'opium. Celle-ci l'initie aux mystères de la drogue et elle fume quotidiennement 30 à 50 pipes. Elle trouve un grand apaisement; le chagrin qu'elle avait se dissipe et puis « elle aime ça, immensément ! »

Privée fortuitement, un jour, d'opium, elle éprouve de terribles souffrances, sans savoir encore à quoi les attribuer. La première pipe lui apporte, avec l'apaisement de ses douleurs, la notion nouvelle de son esclavage. H. N. continue à fumer sans interruption, pendant près de 7 ans.

En juillet 1927, elle se soumet à une première cure de désintoxication, en compagnie d'un ami, avec lequel elle a l'intention de se marier. Mais, peu après, sa vie est de nouveau troublée; pour des raisons financières ce mariage ne peut se faire et son ami, pour calmer sa déception, l'initie à la cocaïne. Elle déteste la cocaïne, dont elle n'avait jamais usé auparavant, bien que dans toutes les fumeries on trouvait des boîtes de cocaïne à portée de la main. Ce serait, d'après elle, la cocaïne qui l'a rendue dans le piteux état où elle se trouve maintenant. Pour des raisons d'économie et surtout à cause des difficultés qu'elle a de se procurer l'opium, elle essaye la morphine et finalement l'héroïne, en prise et en injections; la dose actuelle est de 1 gr. 50 par jour en trois piqûres et 1 gr. environ en prise. A usé aussi de haschisch.

En prisant de la cocaïne, elle ne peut plus s'arrêter; il faut qu'elle prenne jusqu'à ce qu'il n'en reste plus rien; rêves éveillés et hallucinations pénibles. Par contre, l'héroïne lui permet des doses fixes, à des heures fixes.

Elle a beaucoup maigri et est d'une frigidité absolue depuis son intoxication.

H. N. qui semble avoir été profondément imprégnée par le poison, tant physiquement que moralement, fait l'éloge de toutes ces drogues; l'opium d'abord, l'héroïne ensuite lui auraient procuré les plus grandes satisfactions de son existence : le calme et l'apaisement physique, une grande lucidité intellectuelle, une grande sérénité et beaucoup de philosophie. « J'aime, j'adore ma chère héroïne ! » écrit-elle. Très développée est chez elle cette peur de la douleur, cette

allogophobie caractéristique chez ces intoxiqués; elle parle avec une véritable terreur des souffrances qu'elle a eu lors d'une privation accidentelle.

Dans les milieux artistiques et littéraires qu'elle a fréquentés à Paris, tout le monde prenait des toxiques, dit-elle, « tous les gros bonnets de la littérature sont des toxicomanes ». Les artistes et les chanteurs usent surtout de la cocaïne, comme stimulant; les écrivains, de la morphine ou de l'héroïne. Les fumeurs d'opium, nous informe H. N. se font de plus en plus rares à Paris, et s'adonnent tous aujourd'hui à l'héroïne ou à la « coco ».

Bien qu'elle ait eu des productions littéraires avant son intoxication, elle avance que « à petites doses et sérieusement prise, la morphine et l'héroïne donnent une lucidité propice à la création poétique ». Sous l'influence de l'opium, elle aurait écrit des poèmes et des contes qui ont été publiés, en partie, par des revues littéraires et des journaux.

H. N. a souffert beaucoup pendant la désintoxication. A une grande instabilité d'humeur avec des périodes de dépression et d'exaltation. Elle est sortie, guérie, le 14 décembre 1928.

Obs. XLVI. (Personnelle). — N. J. 39 ans, marié, médecin.
Toxicomanie complexe.

Entre le 3 novembre 1928 pour une cure de désintoxication. A. P. Enfance nerveuse; tempérament émotif, cyclothimique; il a encore « l'horreur de la mort ».

N. J... est devenu héroïnomane il y a 14 ans, alors qu'il était interne des hôpitaux, à l'occasion d'une cystite colibacillaire, les premières injections ayant été prescrites par son chef de service. Il a continué depuis, usant de morphine, de chloral, de sonéryl et s'arrêtant finalement à l'héroïne (depuis 8 ans), à des doses variables; la dose maxima atteinte a été de 3 gr. 50 par jour, actuellement

0,50 cgr. en trois injections. A été désintoxiqué dix fois, — dans des cliniques privées et chez lui, — avec des rechutes rapides. Une seule fois, il est resté abstinant plus d'un an, à la suite de troubles cardiaques graves, en 1925.

Il est toujours retombé pour des raisons morales « ne pouvant remonter la côte »; le plus souvent pour calmer des colères causées par des ennuis d'ordre matériel et familial, ou par le désespoir de ne plus guérir.

« Aucune joie, aucun plaisir... c'est de la folie que de penser cela. » Tout en continuant d'assurer son service, il a eu des troubles de plus en plus marqués : impuissance totale, diminution de la mémoire, déficience intellectuelle, amaigrissement, asthénie et enfin, en 1925, après un excès de chloral et d'héroïne, des troubles vaso-moteurs, une névralgie motrice et une dilatation du cœur droit qui l'a mené presque mourant dans une maison de santé.

N. J., qui soutient avoir consommé pendant les onze dernières années 12 kgr. d'héroïne, — procurée toujours par ordonnances, — se considère, non sans une pointe d'orgueil, comme « le plus grand toxicomane du monde ». Ce confrère, qui a eu l'occasion d'étudier longuement sur lui les effets de diverses drogues nous donne les informations suivantes :

Il attribue une grande supériorité au point de vue thérapeutique à l'héroïne, médicament merveilleux, insuffisamment connu; par contre la morphine lui semble détestable, occasionnant souvent des vomissements et de l'intolérance. Au point de vue intellectuel, l'héroïne donnerait une « excitation cérébrale comparable à celle produite par le tréponème à la période quaternaire », bien entendu cette excitation est limitée à la « lune de miel ». C'est ainsi que sous l'influence de cette drogue, à haute dose, N. J. assistant de chirurgie, aurait fait des interventions qu'il n'aurait jamais osé faire auparavant et qu'il n'a plus osé

répéter depuis, car maintenant il a clairement la notion de sa déchéance. Il affirme n'avoir jamais fait de prosélytisme, jamais fait non plus des injections de morphine en clientèle et reculé jusqu'aux dernières limites une piqure chez sa femme, dans un cas d'indication majeure. (Sa femme n'est pas d'ailleurs toxicomane.)

Le chloral lui a donné un état second avec automatisme, très désagréable.

Les récidives, d'après N. J., reconnaîtraient des causes variables avec l'âge de l'intoxication, mais auraient comme base un état biologique. Malgré cela, une volonté forte et obstinée pourrait, d'après lui, mettre un terme à l'intoxication. Une bonne bastonnade lui semble devoir donner d'excellents résultats chez des gens simples, par contre chez les intellectuels, la récurrence serait virtuellement fatale.

Malade très fatigué, souffrant. B. W. négatif. Urobilinurie marquée.

La cure est bien supportée et N. J. sort désintoxiqué le 17 décembre 1928, mais dans un état de déséquilibre physiologique, nécessitant une longue convalescence.

Obs. XLVII (Personnelle). S. F. 63 ans, célibataire, courtier en vins. *Morphinomanie. Tabès.*

Toxicomane occasionnel, à nulle tare psychopathique, S. F. a subi déjà une première cure à l'hôpital H. R. en 1926.

Il a été renseigné sur les effets de la morphine, il y a de longues années, par un de ses amis, homme d'affaires, vieux morphinomane. Celui-ci, père de deux enfants bien portant (sa femme étant aussi morphinomane), se piquait, dit-il, pour réfréner ses ardeurs amoureuses et, de la sorte, pouvoir s'adonner librement et entièrement à ses affaires. Pourtant, les éloges, que son ami lui faisait de la drogue, ne le convainquirent guère et il ne sentit pas la moindre ten-

tation. Mais en 1918, S. F. souffre de douleurs fulgurantes dans les jambes; n'ayant jamais été malade, il ne consulte pas un médecin, mais se rappelant l'exemple de son ami (qui l'a probablement initié à la technique, bien que le malade le nie), il se fait une injection de 0,01 cgr. de morphine. Les douleurs très vives se calment. et le lendemain — par erreur — il s'injecte 0,02 cgr.; il a une sensation qu'il compare au mal de mer. Et il continue parce qu'il avait ressenti « un certain bien-être », une sorte de coup de fouet, d'excitation cérébrale. Il aurait fait de meilleures affaires pendant cette première période. En trois mois, il arrive à une dose journalière de 0,20 cgr. en trois injections; il se procure la drogue par des intermédiaires et à l'occasion de ses voyages à l'étranger.

Troubles ataxiques en 1920 qui s'accroissent en 1924. Ce n'est qu'à cette époque qu'il se décide à consulter un médecin, en lui cachant toutefois sa toxicomanie. Il subit deux cures spécifiques. En 1926 il a manqué à quelques reprises de drogue, une fois pendant 40 heures. Il s'est senti inquiet, troublé, mais ces malaises se sont calmés au bout d'un certain temps et il a recommencé sans aucune raison nette.

En octobre 1926 enfin, à cause de l'amaigrissement et par « peur de doses trop fortes », S. F. consulte et se fait hospitaliser pour désintoxication, à l'hôpital H. R. Il souffre beaucoup pendant la cure et, rentré chez lui, il récidive le soir même, parce qu'il avait encore de la drogue et parce qu'il manquait de volonté, qui aurait suffi d'après lui pour empêcher la récidive. S. F. entre pour la 2^e fois à l'hôpital H. R. en septembre 1927.

Il subit une nouvelle cure de désintoxication, bien tolérée cette fois-ci, et de nouvelles cures spécifiques. Mais la rechute se produit encore peu après sa sortie : il accuse un état de nervosité extrême, la crainte de ne pas pou-

voir supporter les effets de la désintoxication et se reproche de ne pas avoir commencé par consulter un médecin pour ses troubles, ce qui aurait pu empêcher la récurrence.

Il revient enfin une 3^e fois le 5 décembre 1928, bien incommodé par son esclavage et aussi par le fait que « la drogue lui revient trop cher »; dans le dernier temps, c'est un supplice pour lui de se faire piquer et pourtant il est obligé de le faire : « c'est une pénible corvée ». Il est à remarquer que, sauf l'amaigrissement et un seul abcès au début de l'intoxication, S. F. n'a pas eu d'autres troubles organiques.

C'est un malade bien conservé pour son âge, portant bien son tabès, — dont il présente les signes cardinaux, — ainsi que sa toxicomanie. Sur celle-ci, il s'explique posément, avec un certain humour comme sur un petit vice de vieillesse. B. W. partiellement positif. Urines albumineuses, contenant de l'urobiline en quantité marquée.

S. F. supporte bien la cure de désintoxication, mais, en fin de traitement, il fait une broncho-pneumonie et succombe à cette maladie le 30 décembre 1928.

Obs. XLVIII (Personnelle). — C. N. 28 ans, célibataire, infirmière bactériologiste. *Toxicomanie complexe.*

Ayant eu connaissance, par un article de journal, de l'existence du service de Prophylaxie mentale, C. N. vient solliciter son admission le 6 décembre 1928.

Voici la triste histoire de cette toxicomane qui a eu une fin tragique.

C. N. a subi pour la première fois une piqûre de morphine il y a 10 ans, à l'occasion d'une névralgie dentaire rebelle, mais elle n'en a gardé aucun souvenir durable.

Infirmière, ayant fait des études sérieuses, elle a soigné des toxicomanes dans une clinique privée de 1918 à 1920; aucune tentation, malgré les descriptions souvent alléchantes de certains malades. Elle travaille ensuite dans

un sanatorium, où elle dirige la pharmacie et le laboratoire. En 1924, à la suite d'une grande déception sentimentale, C. N. fait une tentative de suicide; elle aurait avalé d'un coup sept grammes (?) de morphine. Deux heures après, vomissements très abondants sans autres troubles importants, par contre un engourdissement général et une sensation de bien-être qui fait un grand contraste avec son état de lassitude et de désespoir de jusqu'alors. Et C. N. succombe alors à la tentation de calmer ainsi son chagrin par la morphine; pendant six mois, elle se fait des injections de 0,02 à 0,03 cgr. par jour. Au bout de ce temps, elle essaye de se désintoxiquer, utilisant de la teinture d'opium et du laudanum en gouttes; une crise pénible de privation la ramène à la morphine.

Mais le souvenir des toxicomanes qu'elle a soignés se réveille dans sa mémoire et d'autre part l'idée de son intoxication lui semble intolérable pour sa dignité humaine et professionnelle. De nouveau, C. N. essaye d'abandonner la drogue; elle ne fait plus de commande de morphine pour la pharmacie dont elle a la charge, supprime ses piqûres et prend des bromures et du véronidia : une crise extrêmement pénible met fin à cette cure pleine de bonnes intentions, mais trop brusque et mal conduite. L'état de besoin est violent, elle se sent capable de n'importe quoi pour se procurer de la morphine. En impossibilité de trouver sa drogue, elle se fait alors une piqûre de 2 cc. de laudanum. Et depuis trois ans, elle continue à se faire des injections de laudanum pur (qui ne lui occasionnent pas de douleurs) à la dose de 16 cc. par jour en 6 à 8 injections.

Pendant l'intoxication morphinique, l'état général était devenu mauvais : amaigrissement, inappétence, vomissements biliaires, subictère. Par contre, depuis qu'elle prend du laudanum, l'état général se serait amélioré et elle n'a pas remarqué d'autres troubles.

Ses peines apaisées par la drogue, elle aurait travaillé avec plus de goût à son service, sans accomplir toutefois aucune intervention particulière ni aucune faute professionnelle.

Dans l'intention de se désintoxiquer, C. N. vient comme infirmière visiteuse à M... Elle est enceinte de 6 mois et est hantée par l'idée que l'enfant, qu'elle désire vivement, sera un taré. Elle serait heureuse d'être mère, mais la hantise de donner naissance à un « être anormal, la souffrance atroce de se sentir sans volonté et amoindrie par son intoxication » lui donnent des idées de suicide. Et elle entre à l'hôpital Henri Rousselle comme dans un refuge.

C. N. n'aurait jamais fait de prosélytisme : « qu'on ne prenne pas cette drogue, on devient un animal ». Elle a connu par contre dans les milieux médicaux nombre de toxicomanes parmi les infirmières et les médecins. D'après elle, l'intoxication s'accompagne fatalement de troubles psychiques mais l'injection la mettait dans son état normal et sans drogue il lui était impossible de faire quoi que ce soit. La désintoxication personnelle lui semble possible avec une forte volonté, mais quand celle-ci est ébranlée, « il faut donner quelque chose à la place ». Elle nous cite le cas d'une infirmière qui après trois mois de morphinomanie a cessé du jour au lendemain, sans troubles.

Pendant son séjour à l'hôpital H. R., à la suite de circonstances fortuites, C. N. reste sans injections pendant 24 heures; elle a des contractions utérines violentes avec menace d'avortement; le col utérin est mou, mais fermé. A la suite d'injections de morphine pratiquées en hâte, elle sent l'enfant remonter et tout rentre dans l'ordre. L'état général de cette malade est pourtant mauvais; la peau est jaunâtre, dure, infiltrée et comme parcheminée.

C. N. tolère bien la désintoxication, mais, en fin de cure, elle fait une lymphangite grave (suite d'abcès); un accou-

chement prématuré se produit, compliqué d'infection puerpérale et malgré, tous les soins, elle succombe le 1^{er} janvier 1929.

Obs. L (Personnelle). — G. S. 33 ans, célibataire, danseuse. *Héroïnomanie*.

A. P. Enfance nerveuse, broncho-pneumonie, croup à 4 ans; chorée à 11 ans, suivie d'insuffisance mitrale.

C'est en 1919, à l'occasion d'une crise d'appendicite, que son ami, officier, grand blessé de guerre et morphomane à la suite d'interventions chirurgicales, lui a conseillé des injections de morphine. L'accoutumance s'est produite en une semaine. Obligée d'augmenter les doses, elle a substitué peu après l'héroïne à la morphine; prend actuellement 0,70 cgr. en 7-8 piqûres, se procurant la drogue par ordonnances médicales.

A subi une première cure de désintoxication en 1921 dans une maison de santé, en compagnie de son ami. Rechute un an et demi après, à l'occasion d'une crise d'entérite et parce que son ami avait, lui aussi, recommencé les piqûres. G. S. ne retire de l'usage de la drogue aucune joie, aucune satisfaction; elle continue, forcée par l'habitude, pour pouvoir continuer son métier et augmente les doses pendant les tournées, quand elle se trouve seule.

Du 21 février au 16 mars 1925 elle subit à l'hôpital Henri Rousselle une nouvelle cure, qui est bien supportée.

On note une perforation de la cloison nasale (la malade nie avoir usé de la cocaïne); ulcères aux jambes; B. W. négatif. Urée sanguine 0,74 cgr. Urobilinurie, traces d'indoxyle.

Sevrée, G. S. sort avant la fin du traitement, contre l'avis du médecin. Elle récidive tout de suite après; elle a un engagement dans une tournée théâtrale et la drogue lui est un « appoint indispensable ». L'héroïne lui donne du

calme, de la vigueur pour danser, mais aucune fantaisie, ni idée nouvelle. Bien malade enfin, ne pouvant plus travailler, sans argent pour se procurer la drogue, G. S. se présente pour subir une 3^e cure, le 24 décembre 1928.

Amaigrissement très marqué, teint jaune-pâle, aménorrhée; diminution de la mémoire, léger tremblement généralisé. Son corps est recouvert de cicatrices et de traces d'abcès et de piqûres. Dose actuelle 0.60 egr. d'héroïne par jour. La cure est bien supportée.

G. S. n'a pas fréquenté des milieux de toxicomanes; elle a connu pourtant nombre d'intoxiqués parmi les artistes de Music-hall. Très affligée de son intoxication dont elle a honte, elle croit que la volonté serait peut-être suffisante pour empêcher les récidives, mais avec un changement complet de milieu.

Obs. L. (Personnelle). — E. J. 41 ans, mariée, sans profession. *Héroïnomanie*.

Entre à l'hôpital H. R. pour une cure de désintoxication le 17 décembre 1928. C'est son premier mari, médecin, morphinomane, qui lui a fait pour la première fois des injections de morphine en 1910, sous prétexte d'injections fortifiantes, dont il usait lui-même. Et ceci, dans le but de l'attacher à lui, car il était très jaloux. Ce médecin, — avec lequel elle a vécu 5 ans, — qui n'a jamais voulu se faire désintoxiquer, s'injectait des doses considérables de morphine. Il serait arrivé jusqu'à 9 grammes par jour; il passait toutes les nuits sans dormir, courait les boîtes de nuit, où il obligeait sa femme à le suivre et lui faisait ensuite des piqûres pour qu'elle dorme pendant la journée.

Pour la moindre douleur, il faisait des injections de morphine à ses malades et la drogue lui donnait parfois une audace extrême : il aurait ainsi pratiqué une fois, sans aide,

une trépanation d'urgence (?). Il est mort gâteux, après une brève période de déchéance totale, à 39 ans.

E. J. a éprouvé à cette époque une certaine euphorie, mais qui lui imposait constamment l'augmentation des doses. Elle subit une première cure de désintoxication en 1914, mais récidive de suite, à cause d'ennuis. Deuxième cure en 1917, récidive 2 mois après. Troisième cure en 1921 à la clinique du Dr C. qui acquiert une grande influence sur elle. E. J. reste guérie pendant un an, mais apprenant la mort du Dr C. est saisie d'une brusque inquiétude, d'un « désir fou de la drogue ». Un médecin accepte de lui faire une piqûre de morphine et depuis, elle n'a plus cessé. Peu après, elle substitue l'héroïne à la morphine; dose actuelle 0,30 cgr. par jour; la dose maxima a été de 3 grammes. Se la procure par ordonnances médicales, étant connue à X... comme toxicomane. A usé une fois de cocaïne, par curiosité, et deux fois de pantopon et de sédol, manquant d'héroïne (le sédol lui a donné des erythropsies).

Depuis très longtemps E. J. n'éprouve plus aucun plaisir à la drogue. Quand ses provisions doivent finir, elle a des cauchemars terrifiants, où elle se voit manquant d'héroïne, manquant d'aiguilles, devant une formidable quantité de drogue à laquelle elle ne peut pas toucher. Ces cauchemars se reproduisent périodiquement, quand elle doit aller chercher les ordonnances.

E. J., qui a été déterminée à se faire soigner par son deuxième mari qui n'est pas toxicomane, se rend compte de son esclavage et désire guérir malgré les souffrances que pourrait lui provoquer la désintoxication. Il lui souvient que pendant l'année où elle fut sevrée « son activité était triplée ». N'aurait jamais fait de prosélytisme, car « cela ne vaut pas la peine, pour le boulet qu'on traîne ». Elle n'a pas eu de productions littéraires sous l'influence de la drogue, mais, par contre, en lisant les ouvrages de Loti, de

Claude Farrère, elle avait envie d'augmenter les doses pour obtenir « les rêves merveilleux » qu'elle n'a jamais eus.

Amaigrissement. Abcès. Aménorrhée depuis 13 mois (retour des règles à la diminution des doses et après les cures de désintoxication). B. W. négatif.

E. J., qui supporte bien la cure sort, contre l'avis du médecin, avant la fin du traitement, le 31 décembre 1928. Elle s'est présentée de nouveau au début de janvier 1929.

* * *

L'impression d'ensemble qui se dégage de ces observations est plutôt sombre; elle correspond à la réalité des faits. Sans approfondir le tableau clinique, qui ne fait pas l'objet de notre étude, il faut pourtant remarquer quelle place réduite y tient la description des *bénéfices* ou des *salisfactions* procurés par les diverses drogues. Et ce sont, pour la plupart, les déclarations écrites par les malades eux-mêmes en réponse au questionnaire qu'on leur soumet à l'Hôpital Henri Rousselle¹, qui mettent ce fait en évidence. Il y a de grandes variations indi-

1. Voici ce Questionnaire, ayant comme type la Morphinomanie : 1. Quand avez-vous pris de la morphine pour la première fois? 2. Pourquoi? 3. Qui vous a conseillé ou initié? 4. Dans quel but? 5. Avez-vous déjà été guéri de cette habitude? 6. Où? 7. Comment? 8. Quels sont les souvenirs que vous avez conservés de votre cure (ou de vos cures antérieures)? Décrivez-les, dites tout ce que vous en pensez. 9. Quand êtes-vous retombé? 10. Pourquoi? 11. Quels bénéfices, quelles joies, quelles satisfactions avez-vous retirés et retirez-vous encore de l'usage de la morphine? (donnez des exemples). 12. Au point de vue physique? 13. Au point de vue intellectuel? 14. Au point de vue sexuel? 15. Quels troubles, quelles souffrances, quels malaises avez-vous aujourd'hui? 16. Au point de vue physique? 17. Au point de vue intellectuel? 18. Au point de vue sexuel? 19. Quel effet la morphine a-t-elle produit sur votre moralité? 20. Avez-vous commis sous son influence des actes jugés répréhensibles par nos mœurs actuelles (vol, escroquerie, abus de confiance, attentat à la pudeur)? perversions sexuelles? 21. Avez-vous de ce fait été poursuivi, condamné? 22. Avez-vous eu des

viduelles en ce qui concerne l'accoutumance; et pour nombre d'intoxiqués l'impressio première a été assez différente de ce qu'on a classiquement décrit comme l'euphorie toxique, la griserie morphinique ou autre. C'est certainement une impression, qui n'est pas définitive, qui ne peut se comparer à aucun autre état physiologique ou psychologique normal et pourtant combien variable d'un individu à l'autre. Ce qui revient le plus fréquemment dans les descriptions de ces malades c'est la *sensation de bien-être*.

Et tous ces cas vérifient la vieille constatation clinique, à savoir que la morphine ou les autres stupéfiants n'apportent aucune qualité ni aucune supériorité nouvelle, ni physique ni psychique; elles n'enrichissent d'aucune manière leurs tributaires. La courte période de bien-être de la « lune de miel », et celle-ci encore combien variable, ne fait qu'exalter fugacement les qualités intellectuelles ou professionnelles du sujet.

Il n'y a rien de ce « nouveau » souvent recherché. Et l'on rencontre de ces pauvres malades, imbus de littérature, cherchant désespérément, à grands coups de toxiques, ces « beaux rêves » qui se dérobent toujours. Car il persiste sur la question des toxicomanies, aussi bien chez les médecins que chez les amateurs de drogues,

rêves ou des cauchemars que vous rapportez à l'usage de la morphine, des rêveries éveillées, des hallucinations? 23. Avez-vous eu des productions artistiques, littéraires, scientifiques, professionnelles quelconques (que vous rapportez à l'usage de la morphine)? 24. Combien prenez-vous de morphine par jour? 25. A quel moment de la journée? 26. Quelle fut votre dose maxima? 27. En combien de temps y êtes-vous arrivé? 28. Comment vous en procuriez-vous? 29. Avez-vous usé d'autres toxiques : opium (sous quelle forme, quelle quantité), morphine-cocaine, scopolamine, haschisch, éther? 30. Quels effets différents en avez-vous éprouvés?

ce voile de mystère dont, à la lumière du jour, les franges n'en apparaissent que bien misérables. Il n'y a pas de mystère : c'est une maladie, souvent bien lamentable, dans laquelle à la place d'une toxine ou d'un microbe, la drogue déchaînée se joue de sa victime. Bien vite les bonnes impressions s'estompent, pour se noyer et se perdre dans la masse des accidents physiques et la diminution psychique produite par l'usage prolongé. Seul persiste, comme un *leit motiv*, à travers ces observations, la plainte de l'esclavage à la drogue avec la permanente menace de l'état de besoin et de privations possibles, le cri, rarement révolté, plus souvent résigné, contre l'asservissement à une puissance tyrannique et impitoyable.

Nous ferons remarquer, au point de vue symptomatologique, la fréquence des *abcès* signalés par tous les auteurs, mais qui peuvent présenter quelquefois une évolution grave.

Ils se produisent même quand les injections ont été faites avec tous les soins d'asepsie, ce qui est bien entendu l'exception chez les toxicomanes. Très douloureux, ils s'accompagnent toujours d'un mouvement fébrile, souvent important, nécessitant presque toujours l'incision et peuvent se compliquer d'infections lymphangitiques ou autres (voir obs. II terminée par la mort).

D'une constatation régulière chez ces intoxiqués chroniques est aussi l'*insuffisance hépatique*, d'une forme habituellement légère, se traduisant par de l'oligurie, la présence constante dans les urines d'une quantité plus

ou moins marquée d'urobiline (quelquefois aussi, dans les cas graves, des pigments et des sels biliaires et de l'acétone), du subictère ou bien de l'ictère franc, survenant au cours de l'intoxication ou, plus souvent, pendant les périodes de privation.

L'amaigrissement, l'inappétence, la constipation chronique, l'impuissance ou la frigidité, l'insomnie, l'asthénie, la diminution de la mémoire, l'aboulie, symptômes classiques de l'intoxication chronique par les opiacés, se retrouvent dans presque toutes les observations.

Dans deux cas, enfin, on a constaté une perforation du cartilage de la cloison nasale, suite de cocaïnomanie.

Nous allons résumer, en quelques tableaux statistiques, les éléments de ces 50 cas.

Il y a lieu de tenir compte, dans les chiffres qui vont suivre, du fait que la plupart de ces malades sont des intoxiqués chroniques par des opiacés (en particulier héroïne, morphine, élixir parégorique, laudanum); dans deux cas seulement, la cocaïne est au premier plan ou exclusivement employée. Mais on sait que la toxicomanie, c'est-à-dire l'appétence de la drogue, est dans la majorité des cas multiple ou complexe; et qu'une fois l'accoutumance acquise à un toxique, le toxicomane est capable de le remplacer ou de l'associer à n'importe quel autre. Sur ces 50 malades, la moitié, soit 25, sont des *polytoxicomanes*, ayant usé de deux ou plusieurs drogues diverses.

Les toxiques utilisés plus ou moins fréquemment par ces 25 malades ont été les suivants : opium, mor-

phine, héroïne, laudanum, pantopon, pavéron, sédol, sonéryl, cocaïne, éther, haschisch, chloral, bromure.

Les associations qui ont été faites sont trop différentes pour être schématisées : 6 ont usé de deux toxiques, 8 de trois, 5 de quatre, 5 de cinq, un enfin de six drogues (opium, pantopon, morphine, héroïne, sédol et éther).

Age du début de l'intoxication

Avant 20 ans : 5 cas (dans deux de ces cas l'habitude toxique a été acquise vers 16 ans).

De 21 à 30 ans : 33 cas.

De 31 à 40 ans : 7 cas.

De 41 à 50 ans : 2 cas.

De 51 à 60 ans : 2 cas.

Après 60 ans : 1 cas.

La durée de l'intoxication est très variable; on peut citer comme une curiosité cette malade (obs. X), morphimane depuis 41 ans sans interruption, à la suite d'une application thérapeutique.

Point de départ

La cause initiale de l'intoxication a été recherchée avec soin.

Dans 22 cas sur 50, nous avons trouvé comme point de départ une *prescription médicale* dans un but thérapeutique. Voici les maladies qui ont déterminé cette prescription : tabès 2 cas, colique hépatique 2 cas, colique néphrétique 2 cas, blessures de guerre 3 cas,

ulcus gastrique 2 cas, ostéomyélite 2 cas, entérite, métrite, paludisme, sinusite sphénoïdale, névralgie du trijumeau, cystite, asthme, insomnie, crises hémorroïdaires.

Dans 6 cas on retrouve un *motif thérapeutique*, sans prescription : tabès (médecin), asthme (médecin), salpingite (infirmière), gastralgie (pharmacien), crise appendiculaire, tabès. Si l'on considère que parmi ces malades 4 se sont imposé et procuré la drogue par leur profession médicale ou para-médicale, nous avons un total de 26 cas sur 50 (51 %), où la prescription médicale peut être considérée comme point de départ de la toxicomanie.

Parmi les 22 cas qui restent, 14 ont pris la drogue de leur *propre initiative*, 8 *entraînés ou déterminés* par d'autres personnes toxicomanes (maris, amis ou, plus souvent, amies). Les motifs qui ont présidé à la première injection ou prise se décomposent ainsi :

Pour remplacer l'opium 4 cas ; par contagion ou imitation 5 cas ; par curiosité ou snobisme 2 cas ; pour apaiser des chagrins ou déceptions 4 cas ; toxicomanie imposée : par jalousie 1 cas, par vengeance 1 cas ; nostalgie 1 cas ; pour obtenir une suractivité intellectuelle 1 cas ; non déterminés 3 cas.

Récidives

18 se soumettaient pour la première fois à une cure de désintoxication (2 de ces cas, suivis, ont récidivé depuis) ; 32 avaient déjà été désintoxiqués et avaient récidivé

à plusieurs reprises, ce qui fait une proportion de récides de 68 %.

14 ont suivi deux cures à l'Hôpital Henri Rousselle;
3, trois cures.

Causes des récides

Dans 20 cas, où cette cause a été précisée, 9 fois elle était d'*ordre médical* (toux, hématomes, insomnie, ostéomyélite, opération césarienne, colique hépatique, entérite (2 cas), ulcus gastrique).

10 fois on a invoqué des *causes morales* (ennuis ou chagrins intimes 7 cas, attirance irrésistible de la drogue et habitude 2 cas, 1 fois « pour reprendre goût à la vie »). Dans un cas enfin, les récides ont été déterminées par le milieu et l'insistance des trafiquants.

Etat psychopathique

7 parmi ces malades (14 %) présentaient un état mental pathologique nettement déterminé : déséquilibre mental constitutionnel avec perversions instinctives 5 cas (2 de ceux-ci ont été dirigés sur un asile par voie d'internement volontaire : une toxicomanie irréductible et une psychose cocaïnique). Déséquilibre mental, suite de trépanation de guerre, 1 cas. Débilité mentale 1 cas.

Réactions médico-légales

14 des toxicomanes cités (28 %) sont pourvus d'un casier judiciaire.

9 ont été condamnés pour les motifs suivants : déten-

tion illicite de stupéfiants 3 cas, usage de fausses ordonnances 2 cas, trafic de stupéfiants 1 cas, escroquerie ou abus de confiance 3 cas.

4 ont été l'objet de poursuites pour vols, vol à l'étalage, trafics divers. 1 malade, chauffeur, s'est vu retirer son permis de conduire pour délit d'ivresse au volant et toxicomanie.

Résultats du traitement

34 de ces malades ont suivi en entier la cure et sont sortis guéris; 14 ont demandé leur sortie contre l'avis du médecin et, de ceux-ci, 3 étaient déjà sevrés et 11 sont sortis pour des motifs divers dans le même état; 2 ont succombé après la désintoxication (Obs. 47, mort de broncho-pneumonie; obs. 48, morte d'infection puerpérale).

*
* *

Nous avons établi une STATISTIQUE D'APRÈS LES PROFESSIONS portant sur 75 toxicomanes divers traités à l'Hôpital Henri Rousselle. Nous la mettrons en regard de deux statistiques plus importantes à ce sujet : celle de PICHON (1890) portant sur 120 cas et celle de LEWINSTEIN (1879) portant sur 110 cas (celle-ci concernant uniquement des morphimanes), que nous emprunterons au remarquable travail de CHAMBARD¹.

1. Les Morphinomanes, Paris, Rueff 1893.

Professions	Hommes	Femmes	Totaux	Totaux par catégorie
Médecins et leurs femmes	5	1	6	
Etudiants en médecine	4		4	
Pharmaciens	2		2	
Etudiant en pharmacie	1		1	
Infirmiers	2	4	6	
				19
Professeurs	2		2	
Avocat	1		1	
Administrateurs coloniaux	2		2	
Clerc-Notaire	1		1	
Ingénieurs	2		2	
Hommes de lettres	2	1	3	11
Officiers	2		2	2
Rentiers	2	2	4	
Courtiers	3	1	4	
Commerçants	4		4	
Employés de commerce et de bu- reau	7	4	11	
Voyageurs de commerce	2		2	
Inspecteur d'assurance	1		1	26
Modistes et couturières		6	6	
Mécaniciens et chauffeurs	4		4	
Divers (carrossier, graveur de mu- sique, fleuriste	3		3	
Coiffeuse, mannequin, hôtelière, concierge)		4	4	17
Totaux	52	23	75	75

Statistiques de Pichon et de Lewinstein

Professions	Pichon			Lewinstein			Totaux	Totaux par catégorie
	Hommes	Femmes	Totaux	Hommes	Femmes	Totaux		
Médecins et leurs femmes.....	17	12	29	32	8	40	69	
Etudiants en médecine.....	7		7	2		2	9	
Pharmaciens et leurs femmes..	5	4	9	6	1	7	16	
Etudiants en pharmacie.....	3		3		1	1	1	
Sages-femmes		1	1		1	1	2	
Fabricant d'instr. chirurgie ...	1		1				1	
Infirmiers et garçons de labora- toire	5	4	9	2		2	11	111
Professeurs				1	2	3	3	
Magistrats, avocats	2		2	4		4	6	
Etudiants en droit	2		2				2	
Hommes de lettres	2		2				2	13
Artistes	3	3	6				6	
Prostituées		13	13				13	19
Religieux	1	1	2	2		2	4	4
Rentiers	3	3	6	6	4	10	16	
Commerçants	2		2	11	5	16	18	
Employés de commerce.....	2		2		4	4	6	40
Officiers et leurs femmes.....	1		1	18	1	19	20	
Marins	1		1				1	21
Ouvriers	7	11	18				18	
Paysans	2		2				2	
Domestiques	2		2				2	22
Totaux	66	54	120	84	26	110	230	230

La statistique de LEWINSTEIN que nous avons donnée ci-contre est la première en date concernant la morphimanie (1879). Voici d'autres documents de cette époque en ce qui concerne la *profession*, cités par ERLEN-MAYER¹ et CHAMBARD.

En 1882, LANDOWSKY trouve, sur 160 morphinomanes, 56 médecins et 28 personnes en relations avec des médecins.

1. Die Morphinnsucht.

BURKART a observé, jusqu'en 1883, 115 cas parmi lesquels il a noté 45 médecins, 2 pharmaciens, 6 femmes de médecins.

La même année, OBERSTEINER communique de Vienne que les médecins forment 46,9 % de tous les cas de morphinomanie constatés.

Sur 143 hommes, GUNZ compte 97 médecins, soit 46 %.

KRAEPELIN¹ note sur 42 cas traités : 10 médecins, 2 étudiants en médecine, 3 techniciens-dentistes, 1 droguiste, 1 femme de pharmacien, 1 sage-femme.

W. JACOB² résume dans le tableau suivant ces premières statistiques :

Année	Auteur	Total	Hommes %	Médecins %	Professions libres %	Femmes %	Femmes de médecins %
1879	LEWINSTEIN	110	82 (74.5)	42 (38.7)	40 (36.4)	28 (25.5)	12 (10.9)
1883	BURKART	115	85 (73.9)	47 (40.8)	38 (33)	30 (26.1)	6 (5.2)
1883	OBERSTEINER	194	143 (73.7)	67 (34.5)	—	51 (26.3)	—
1910	KRAEPELIN	42	—	16 (38.1)	=	—	5 (11.9)

Autres chiffres statistiques

Nous rapporterons en premier lieu les documents concernant la morphinomanie, ensuite ceux ayant trait à l'éthérisme et à la cacoïnomanie.

E. VIGNIER (Thèse, Paris 1903) donne une liste de 28 morphinomanes traités à l'établissement hydrothérapeutique d'Auteuil de 1900 à 1903. Tous ces morphiniques, dit Vignier, appartiennent à un milieu social élevé. Voici ce que nous relevons dans cette liste qui compte 20 hommes et 8 femmes.

Profession : 9 médecins, 1 étudiant en médecine,

1. *Psychiatrie*, 8^e éd. 1910.

2. Zur Statistik des Morphinismus, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.* Berlin, Springer, 1952 p. 212.

3 rentiers, 1 ingénieur, 1 préfet, 1 industriel, 1 libraire, 1 prince, 1 fils de famille;

7 demi-mondaines, 1 femme mariée.

Toxicomanies multiples : 7 de ces 28 malades usaient, en plus de la morphine, d'héroïne, cocaïne, chloral ou codéine. Un cas comporte une toxicomanie par la dionine.

Point de départ : Dans un seul cas on trouve une cause médicale : ataxie locomotrice.

Récidives : 11 de ces malades avaient déjà récidivé; 17 subissaient pour la première fois une cure de désintoxication. De ces 17 cas, 8 suivis sont retombés peu après la sortie (en particulier 7 des 8 femmes traitées). Au total 19 cas de récidive sur 28.

1 morphinomane, médecin, avait été interné pendant 6 mois pour délire hypomaniaque; un autre, également médecin, s'est suicidé quelques mois après la cure.

Dans les 10 observations de morphinomanie relatées par R. LEFÈVRE (Thèse, Paris 1905) nous avons trouvé neuf fois un point de départ d'ordre thérapeutique, dont quatre fois sur prescription médicale (céphalée, insomnie, choléra, dysménorrhée, rhumatisme articulaire (3 cas), colique néphrétique, abcès otique); dans 1 cas sont invoquées des causes morales.

4 de ces malades étaient des toxicomanes multiples. 4 cas suivis ont récidivé, 1 est mort au cours du sevrage, 1 a été interné, 2 sont considérés comme guéris.

W. JACOB (*art. cit.*) donne les statistiques suivantes concernant 86 morphinomanes traités à l'asile privé

Provinzial-Heil-und Pflege-anstalt Grafenberg de 1910 à 1924.

Ces 86 cas traités (73 hommes et 13 femmes) représentent 67 cas (57 hommes et 10 femmes), 15 malades ayant été traités à plusieurs reprises.

9 de ces malades (traités de 1910 à 1918) sont des toxicomanes d'avant la guerre. Les autres cas se répartissent ainsi :

	Morphinomanes	Hommes	Femmes	Proportion au nombre total d'hospitalisations
1919.....	2 (2)	1 (1)	1 (1)	0.26
1920.....	7 (9)	7 (9)		1.31
1921.....	4 (5)	4 (4)	(1)	0.54
1922.....	8 (10)	6 (8)	2 (2)	0.98
1923.....	20 (21)	17 (18)	3 (3)	2.08
1924.....	17 (28)	15 (25)	2 (3)	2.44

(La première colonne concerne les malades nouveaux, la 2^e le nombre total de morphinomanes en traitement.)

La moyenne des hospitalisations pour morphinomanie a été de 0,16 % de 1910-1918; en 1920 elle est 8 fois plus grande, en 1921 trois fois, en 1923 13 fois, en 1924 15 fois.

D'après les sexes la proportion s'est accrue en ce qui concerne les hommes, pour les cas d'après-guerre.

Structure sociale. Avant la guerre on note 2 cas; soit 22,2 % appartenant à la famille médicale.

Après la guerre, les cas suivants : 8 médecins, 2 étudiants en médecine, 2 infirmiers, 1 dentiste, 1 techni-

cien-dentiste, 1 droguiste, soit 30 % des hommes et 25,9 % de la totalité des cas.

Sur 8 femmes : 3 infirmières et 1 ancienne étudiante en médecine.

JACOB trouve ainsi en total, parmi les cas d'après-guerre, 32,8 % appartenant à la famille médicale.

Les autres professions libérales, ainsi que les employés de commerce et les fonctionnaires supérieurs, donnent une proportion inverse : 33,3 % avant la guerre, 8 cas, soit 13,8 %, après la guerre. Par contre, la morphinomanie semble avoir augmenté de beaucoup dans les classes travailleuses : 3 cas soit 33,3 % avant la guerre (garçons de restaurant), 31 cas soit 52,6 % après la guerre (11 ouvriers de fabrique).

Age. Le plus grand nombre de ces malades ont commencé leur intoxication entre 20 et 40 ans (66,9 % des cas d'avant-guerre, 79,3 % des cas d'après-guerre).

Cause déterminante. Avant la guerre, on note les affections douloureuses chroniques : crises gastriques, coliques hépatiques à répétition, migraine. 6 des 9 malades traités présentaient des tares psychiques avant leur intoxication.

Parmi les cas d'après guerre, 26 sur 58 (soit 44,8 %) *sont devenus morphinomanes pendant leur service militaire.* Voici le détail de ces cas : 6 souffraient de maladies chroniques; 11 ont eu leur première piqûre étant blessés (8 parmi ceux-ci ont suivi un véritable traitement morphinique dans les hôpitaux, après une amputation; des trois autres, deux sont des médecins); dans 4 cas, l'injection de morphine a été faite pour « choc

nerveux » de guerre; 3 sont devenus morphinomanes sur le front, par contagion, dont un médecin et un aviateur.

Chez deux malades enfin (un médecin et un dentiste), le point de départ a été le conflit d'âme créé par la guerre.

Des autres cas, 16 soit 27,6 % sont devenus morphinomanes à la suite d'interventions chirurgicales ou de maladies à répétitions comme l'asthme ou les crises gastriques; 4 malades (3 infirmières et 1 infirmier) donnent comme prétexte l'insomnie.

Enfin 6 malades sont devenus toxicomanes par contagion, ce qui fait avec les 3 contaminés sur le front une proportion de 15,5 %.

La constitution psychopathique de ces malades est, d'après JACOB, la cause profonde de la plupart de ces intoxications. Il trouve 19 cas de psychopathie, hystérie, dégénérescence mentale; dans 9 cas des antécédents ou des tendances psychopathiques certaines; dans 12 cas des tares héréditaires.

Inloxications associées. 24, des 58 cas, ont usé de plusieurs toxiques : 20 cas de morphine et cocaïne; 2 de morphine, cocaïne; véronal et médinal; 1 de morphine et scopolamine; 1 de morphine et atropine.

Résultats de la cure. Récidives. JACOB prend comme indice la durée de l'intervalle entre les deux cures subies par un même malade. Cet intervalle a été avant la guerre de 12 mois en moyenne (maximum 24 mois, minimum 3), de 9 mois après la guerre (maximum 29 mois, minimum 3).

Deux malades sont morts : un de cachexie, un autre de paralysie. 13 sont sortis guéris, 14 dans le même état (la plupart de ceux-ci ont demandé leur sortie avant la fin de la cure).

Enfin 15, récidivistes, sont revenus se traiter à plusieurs reprises.

Réactions médico-légales. 7 de ces malades ont eu maille avec la justice : 3 pour usage de fausses-ordonnances, 3 pour vols, dans le but d'acheter le toxique, 1 pour trafic de stupéfiants. 14 ont commis des actes délictueux, non poursuivis : usage de fausses ordonnances, escroqueries, etc.

Sur les 12 observations de V. GOGAN (Thèse, Bucarest 1928) nous relevons au point de vue de la profession : 2 médecins, 2 étudiants en médecine, 4 employés de commerce, 2 militaires; 4 de ces morphinomanes sont des toxicomanes multiples. Trois ont fait l'objet d'une expertise mentale à la suite de poursuites judiciaires et ont été internés à l'asile pour dégénérescence mentale, délire paranoïaque, déséquilibre mental. Un morphinomane s'est suicidé à sa sortie de l'hôpital. La récurrence, qui n'a pas été toujours recherchée, est signalée dans 4 cas. En ce qui concerne le point de départ, on trouve 10 fois une cause d'ordre médical, justifiée 5 fois par une prescription médicale (blessure de guerre 3 cas; colique hépatique 2 cas; colique néphrétique, tabès, ulcus gastrique, blennorrhagie, insomnie).

*
* *

En ce qui concerne *l'éthérisme et l'éthéromanie*, pour lesquels les documents cliniques sont plutôt rares, voici les constatations faites par G. G. de CLÉRAMBAULT à propos de 14 observations recueillies en 1910 à l'Infirmerie spéciale du Dépôt¹.

Il s'agit de 4 hommes et de 10 femmes. Tous ces malades, à part deux, sont jeunes (17 à 33 ans).

3 hommes ainsi que 6 femmes appartiennent à la classe populaire, 4 femmes à la classe bourgeoise.

La dégénérescence mentale est constatable chez tous. Elle est démontrée en dehors de l'appétance pour l'éther par : délire polymorphe ou maniaque (1 cas), délire de persécution (1 cas), déséquilibre mental (5 cas), hystérie (4 cas), disposition disomaniaque héréditaire (1 cas), débilité mentale (2 cas).

Deux hommes avaient été alcooliques antérieurement mais ne s'adonnaient plus qu'à l'éther; 2 femmes buvaient simultanément de l'alcool et de l'éther. Une femme avait usé de tous les toxiques. La passion pour l'éther s'est déclarée 4 fois dans une période de dépression, soit psychique, soit physique et morale, soit morale. Dans 4 cas des troubles délirants ont été imputables à l'éther seul (la dégénérescence mise à part). Enfin l'éther a provoqué plusieurs fois l'explosion de phénomènes dégénératifs, tels que : obsession, kleptomanie, tics hystériques; d'autres fois il a provoqué

1. Notes sur l'Ethérisme. *Archives int. de neurologie* 1910, p. 268.

l'explosion d'un délire de dégénérescence ou de crises aiguës d'automatisme mental.

A l'origine de l'idée, du goût et de l'habitude, on trouve : la *tentation ambiante* avec le souvenir de l'exemple (employé dans un magasin de produits chimiques), l'*exemple immédiat*, un *conseil pseudo-médical* (donné par un pharmacien dans le but d'apaiser un chagrin), le *souvenir d'une prescription médicale* (sirop d'éther prescrit par un médecin pour combattre des palpitations). Enfin, parmi les 8 cas, où cette origine n'a pu être déterminée, nous avons relevé encore dans les observations publiées les 5 motifs suivants indiqués par les malades : pour se consoler d'ennuis ; par passion ; pour calmer des douleurs de la ménopause ; pour apaiser des douleurs aiguës suite d'un traumatisme de l'œil ; une malade, ancienne fille soumise, est devenue éthéromane pour se consoler d'un chagrin.

Six de ces 14 malades avaient été déjà internés à l'asile ; trois ont été dirigés sur l'asile après observation à l'infirmerie spéciale.

Au point de vue de la durée de l'intoxication, nous remarquons un cas d'éthéromanie durant depuis 18 ans.

L'éther a été, surtout au début de l'habitude, inhalé, mais l'inhalation ne s'est jamais rencontrée sans l'ingestion. La préparation choisie était du sirop d'éther dans deux cas, de l'éther pur mais mélangé au moment de la prise (avec de l'eau généralement, dans un cas avec du sirop) dans tous les autres. La consommation avait lieu ordinairement en plein air (2 cas), au

magasin (1 cas), ou chez soi, en cas de maladie (5 cas), chez une amie (1 cas), au café (1 cas).

*
* *

E. AVRIL réunit dans sa thèse (Lyon, 1908) 13 observations de cocaïnomanie (dont deux personnelles), parmi les plus intéressantes connues à cette époque. Il s'agit de 8 hommes et de 5 femmes.

Sept de ces malades sont des morphino-cocaïnomanes.

Au point de vue de la *profession* nous relevons : 3 médecins, 1 pharmacien, 1 étudiant en pharmacie, 1 négociant, 1 femme de médecin, 1 artiste lyrique.

La cocaïne est employée en injections, en pulvérisations, en solutions (pour aspiration nasale) et rarement en prise.

Point de départ. Dans 7 cas la cocaïnomanie était le résultat de la cure de substitution de la cocaïne à la morphine, soit spontanée, soit sur conseil médical. Dans 5 autres cas, elle est survenue après un emploi thérapeutique pour des affections nasales ou pharyngées.

On retrouve la prescription médicale initiale dans 4 cas.

Etat psychopatique et réactions médico-légales. Deux de ces malades ont été internés à l'asile pour délire de persécution et délire hallucinatoire avec violences.

Trois présentaient des tares psychiques héréditaires ou des stigmates de dégénérescence. On note encore un cas d'accès maniaque avec délire de persécution, une

tentative de suicide; des vols et usages de fausses ordonnances.

Parmi les 7 observations de cocaïnisme nasal avec perforation de la cloison, relatées par A. CHEVALIER (Thèse, Paris 1912) et qui concernent 4 femmes et 3 hommes, nous notons 5 cas de toxicomanie multiple. 5 étaient à leur première cure, 2 avaient récidivé.

Dans un seul cas, on trouve un point de départ thérapeutique : prescription médicale de poudre cocaïnée pour une rhinite avec obstruction nasale. Dans 2 cas, la cocaïne a été employée par des morphinomanes comme stimulant ou pour vaincre la frigidité. Dans tous les autres par imitation ou contagion.

Deux de ces malades ont été internés à l'asile après expertise (un était dégénéré, mythomane, ayant fait de multiples escroqueries et une tentative de suicide par la cocaïne).

Des 13 observations cliniques de cocaïnomanie nasale (dont 6 personnelles) visant 7 femmes et 6 hommes, recueillies par COURTOIS-SUFFIT et L. GIROUX¹ nous extrayons les données suivantes :

Profession.— 2 étudiants en médecine, 1 artiste; 4 demi-mondaines, 1 artiste lyrique.

(Trois de ces malades usaient, en plus de la cocaïne, de morphine, d'éther et de véronal.)

Point de départ.— La toxicomanie a été déterminée une fois par usage de cocaïne en application locale, pour calmer une névralgie dentaire; une fois chez un

1. *La cocaïne*, Paris, Masson et Cie 1919.

morphinomane, par adjonction de cocaïne à la solution de morphine, à cause des abcès; dans 5 cas par contagion; dans 2 cas par curiosité; dans un cas par imitation. Un malade enfin est devenu cocaïnomanie « après avoir goûté la drogue chez un dentiste ».

Elat psychopatique et réactions médico-légales.— 7 de ces malades ont été internés à l'asile : 1 pour psychose cocaïnique, 1 pour crises convulsives cocaïniques; les 5 autres ont été internés après arrestation (4 cas de MARCEL BRIAND et 1 cas de PROVOST) pour les motifs suivants : vagabondage (2 cas), abus de confiance, désordre sur la voie publique (P. G. concomitante), ivresse cocaïnique.

Les 35 observations de cocaïnomanes, exposées par le Pr. H. W. MAIER (de Zurich) dans son ouvrage magistral « *La Cocaïne*¹ », nous fournissent d'intéressants éléments statistiques.

35 cas de cocaïnomanie : hommes 28, femmes 7; (d'après MAIER, en Suisse comme en Italie, les hommes cocaïnomanes sont plus nombreux que les femmes).

Statistique d'après les professions.— 4 médecins, 1 chimiste, 1 technicien dentiste, 1 droguiste, 1 juriste, 2 étudiants, 1 lycéen, 4 artistes, 1 danseur, 1 décorateur, 7 employés de commerce, 2 garçons de café, 1 mécanicien;

1 femme-médecin, 2 femmes d'officiers, 3 employées de commerce, 1 prostituée.

Les âges extrêmes du début de la maladie sont 14 et

1. Paris, Payot 1928.

47 ans. 29 malades sur 35 ont commencé avant 30 ans. 6 hommes étaient déjà des *homosexuels* avant de devenir cocaïnomanes, 1 était inverti partiel.

Suites du traitement et récidives.— Sur 33 malades, qui ne présentaient que des psychoses d'intoxication, 18 peuvent être considérés comme guéris; 5 ont eu des récidives, 4 se sont suicidés, les autres n'ont pas donné de leurs nouvelles.

Nous trouvons 6 cas de *toxicomanie multiple* : des 4 médecins cités, 3 étaient avant des morphinomanes, le quatrième est devenu cocaïnomanes en expérimentant les effets de la drogue.

Point de départ.— Les causes premières de l'intoxication, que nous avons relevées dans ces 35 cas, se décomposent comme suit :

Accoutumance, suite d'emploi thérapeutique de la drogue, 4 cas (sans qu'une prescription médicale puisse être nettement incriminée) pour les raisons suivantes : coryza rebelle, cocaïnisation pour résection du cartilage nasal, traitement de gonorrhée dans lequel on a utilisé des sondes imbibées d'une solution de cocaïne, hémorroïdes (applications répétées d'une pommade cocaïnée).

2 cas de cocaïnomanie sont les résultats de cette malheureuse *cure de désintoxication par substitution* de la cocaïne à la morphine. Un cas a été déterminé par l'emploi de la drogue pour neutraliser les douleurs des injections de morphine.

3 sont devenus cocaïnomanes par *curiosité*, en essayant les effets pharmacologiques ou psychiques de la drogue.

23 par *contagion*, *imitation* ou *entraînés* par d'autres intoxiqués (3 de ceux-ci ont succombé dans un *milieu de toxicomanes*, 4 ont pris la drogue pour apaiser des *chagrins* ou des *soucis*).

Sur 41 toxicomanes observés en 1920, TIRELLI (directeur de l'Asile d'Aliénés de Turin), cité par MAIER, trouve 10 cocaïnomanes purs, 8 morphino-cocaïnomanes. L'âge moyen de ces malades était de 31 ans. La plupart d'entre eux, sinon tous, présentaient des prédispositions psychopatiques, antérieurement à l'intoxication. Un est mort subitement par arrêt du cœur.

Un autre travail italien cité par MAIER est celui de E. BRAVETTA et G. INVERNIZZI. Ces auteurs ont étudié en 1922 à l'asile de Monbello, près de Milan, 24 toxicomanes dont 3 femmes et 21 hommes.

12 de ces malades étaient des cocaïnomanes purs; les autres faisaient usage, avec la cocaïne, de la morphine, de l'éther, du benzol ou de l'alcool.

Au point de vue de la *profession*, ces cas se répartissent de la façon suivante : 4 officiers, 2 artistes, 4 employés de commerce, 4 étudiants, 1 pharmacien, 1 négociant, 2 aristocrates déclassés, 3 sans profession;

1 ouvrière, 2 prostituées.

Point de départ.— 4 de ces 24 malades étaient devenus cocaïnomanes d'une façon accidentelle, à la suite d'un usage thérapeutique. Chez tous les autres la toxicomanie était née par contagion psychique.

6 de ces malades avaient commis pendant leur intoxication des actes criminels (1 meurtre, 5 escroqueries).

* * *

Voici, enfin, des données statistiques américaines visant un contingent de plus de 3.000 toxicomanes divers et que nous empruntons encore à l'ouvrage de MAIER.

Il s'agit d'une étude de COPELAND, médecin en chef du Service d'Hygiène de la ville de New-York. Pour la première fois dans cette ville, le 8 avril 1919, 6 médecins et 4 pharmaciens furent arrêtés pour commerce illicite de stupéfiants. Quelques heures après, des centaines de malades qui ne pouvaient plus recevoir leur drogue vinrent demander aux autorités de les faire soumettre à un traitement. Pour faire droit à cette demande, le Service d'Hygiène fonda le 10 avril une clinique spéciale pour ces malades, dans laquelle 7.000 personnes reçurent des soins jusqu'en janvier 1920. Le traitement libre se montra inefficace, car les malades réussissaient toujours à découvrir de nouvelles sources d'intoxication.

Le premier contingent de 3.262 malades comprenait 2.647 *hommes* et 615 *femmes*; en ce qui concerne la race, il se composait de 2.902 blancs et 360 nègres.

Point de départ.— Dans 429 cas seulement on a pu établir que l'origine de l'usage abusif des stupéfiants remontait à une souffrance physique; dans tous les autres cas elle était la suite de certaines fréquentations ou auraient été provoquées par la curiosité, par le désir d'imitation, etc.

L'expérience a montré que les cocaïnomanes purs

venaient rarement réclamer leur admission à la clinique.

Genre d'intoxication. — Cocaïne 6 cas, cocaïne plus morphine 42 cas, cocaïne plus héroïne 41 cas, morphine 690 cas, morphine plus héroïne 41 cas, héroïne 2.178 cas.

Age. — Durée de la toxicomanie. — La plupart de ces malades avaient l'âge de 20 à 25 ans; 908 d'entre eux étaient âgés de 15 à 19 ans.

Dans 211 cas seulement, la maladie avait duré moins d'un an; dans tous les autres elle avait duré de 2 à 10 ans.

Une enquête sur le péril toxique en Belgique.

Nous exposerons les résultats fournis par cette enquête médicale, en empruntant tous les éléments à la communication faite à la Ligue Nationale Belge d'Hygiène mentale par le Docteur L. VERVAECK¹.

Pour recueillir des données positives sur la réelle gravité du péril toxique en Belgique, la *Ligue Belge d'hygiène mentale*, d'accord avec la *Société de médecine mentale de Belgique* et la *Société scientifique de Bruxelles*, a décidé en 1924 de procéder auprès du corps médical à une enquête portant sur le nombre et les caractères médicaux et sociaux des toxicomanies médicamenteuses traitées par les praticiens au cours de l'année 1923.

1. *Existe-t-il un péril toxique en Belgique.* (Le Progrès Médical, 7 août 1926).

Voici les principaux termes du Questionnaire qui a été envoyé à 4.660 médecins par les soins des Commissions médicales provinciales :

I. Nombre des toxicomanes traités en 1923 dans les divers milieux d'observation indiqués. Nombre de ces toxicomanes déjà traités en 1923 par d'autres médecins. II. Répartition des toxicomanes d'après les toxiques médicamenteux employés. III. Manifestations morbides observées. IV. Répartition des toxicomanes traités d'après leur milieu social. V. Age du début. VI. Origine. VII. Guérison. VIII. Récidives, foyers de toxicomanie?

Conclusions : A) Quelle est votre opinion sur la gravité du péril toxique? S'est-il accentué en 1923? B) Dans votre champs d'observation, le nombre de toxicomanes est-il plus élevé qu'avant la guerre? C) Quelles mesures préconisez-vous pour combattre l'extension de l'usage des toxiques?

Il faut faire quelques réserves sur les conclusions à tirer de cette enquête, dit le Docteur VERVAECK : un très grand nombre de questionnaires sont restés sans réponse, 3.800 sur 4.660; on n'a pu obtenir que très peu d'indications des hôpitaux ou institutions privés et enfin un nombre important de cocaïnomanes a échappé à l'enquête, parce que les conséquences pathologiques de leur manie ont été passagères ou trop peu graves pour les obliger à recourir au médecin.

Nombre des toxicomanes

Des 812 réponses reçues, 131 seulement étaient positives, dont 12 se bornaient à des renseignements généraux.

raux; 119 indiquaient les cas observés s'élevant au nombre de 278; dans 4 cas, le toxicomane avait été soigné dans le courant de l'année par un autre médecin.

Le chiffre des toxicomanes s'élève donc à 274 pour l'année 1923.

Milieu d'observation

Clientèle	212
Cliniques et Instituts	11
Hôpitaux	9
Asiles	15
Prisons	31
Total	278

Certains de ces chiffres seraient notoirement inférieurs à la réalité.

Toxiques employés

Morphine	143
Héroïne.....	17
Opium.....	8
Pantopon	3
Sédol	3
Dial	1
Autres dérivés de l'opium	11
Cocaïne	57
Ether	14
Véronal (Trional 1 cas)	21
Total	278

Dans 8 % des cas, le toxicomane recourait à plusieurs poisons; la combinaison la plus fréquente était la morphine associée à la cocaïne; parfois l'éther était utilisé en même temps que celle-ci.

Sauf la cocaïne et l'héroïne, utilisées dans la généralité des cas en prises, les autres toxiques étaient ingérés ou injectés; l'opium était fumé dans 7 cas.

A noter l'extension de l'usage du véronal, facile à procurer.

Manifestations morbides observées

I. — Maladies.

Maladies organiques.....	68	}	159
Troubles nerveux.....	12		
Troubles mentaux.....	79		
Tentative de suicide et suicide.....			14

II. — Délinquance

Délits	de violence.....	9	}	42
	contre les mœurs.....	5		
	vols-escroquerie.....	28		
Détention et trafic de cocaïne.....		8		
				223

Dans 159 cas sur 278, soit dans les trois-cinquièmes, on signale donc des réactions médico-mentales auxquelles on doit ajouter 14 suicides. Sauf 6 cas, elles avaient été provoquées par des toxiques dérivés de l'opium ou par le véronal; 15 de ces malades ont été internés à l'asile.

31 malades ont été condamnés; 17, reconnus irresponsables de leurs actes au point de vue pénal, ont été pour la plupart internés.

Profession et milieu social des toxicomanes

Médecins.....	11
Pharmaciens	11
Etudiants en méd. ou pharm.	8
Infirmiers	13
Infirmières	16
Ingénieur-chimiste	1
Professeur	1
Artistes et littérateurs	15
Armée et marine	10
Industriels et commerçants	27
Employés	18
Professions manuelles	56
Rentiers et sans profession	70
Monde de la galanterie (prost.)	17
Total	274

Le chiffre des toxicomanes appartenant au monde médical est très au-dessous de la réalité, estime L. VERVAECK.

Nous comptons dans cette statistique 59 cas appartenant à la famille médicale. Les infirmiers et infirmières seuls donnent le pourcentage inquiétant de 11 % du total des cas.

Le chiffre des intellectuels est plutôt faible. Les

27 commerçants et les 18 employés mettraient en évidence une forme moins connue de la toxicomanie, ayant souvent pour origine le surmenage psychonerveux ou les soucis d'ordre financier.

Très suggestif est le pourcentage des ouvriers manuels toxicomanes; la moitié d'entre eux ont commis des délits pour se procurer le toxique, la cocaïne en général. La même drogue était utilisée par les 17 prostituées figurant dans la statistique.

Age du début

Avant 15 ans	2
De 15 à 18 ans	4
De 18 à 21 ans	10
De 22 à 25 ans	46
De 26 à 30 ans	40
De 31 à 40 ans	76
Au delà de 40 ans	73
Total	251

Ces chiffres tendraient à montrer qu'en Belgique, contrairement à ce que montrent habituellement les statistiques, le nombre des toxicomanes juvéniles serait très réduit. Il faut faire toutefois cette réserve que les cas visés dans l'enquête sont exclusivement ceux, où la toxicomanie a été l'occasion d'accidents graves : réaction mentale ou organique, suicides, délits. Or l'énorme majorité des toxicomanes modérés ou d'origine récente échappent à ces complications et au contrôle médical.

Origine de la toxicomanie

Les réponses ont signalé les facteurs étiologiques suivants (ces quatre catégories ont été indiquées par le questionnaire) :

La prescription médicale	117
L'insomnie	24
Les peines morales, le surmenage..	40
Le prosélytisme, l'exemple, etc....	62
Total	243

L. VERVAECK fait remarquer dans l'analyse de ces résultats que l'enquête a surtout mis en évidence les intoxications essentiellement narcotiques (186 cas) déterminés par l'opium et ses dérivés; ainsi on peut affirmer que la prescription thérapeutique a été le point de départ d'une grosse centaine de cas de morphinomanie, presque tous consécutifs à des injections hypodermiques faites ou prescrites par le médecin.

On peut encore, à bon droit, supposer que parmi les cas attribués à d'autres causes et les 25 cas sans indication étiologique qui ont été indiqués, il s'en trouve encore impliquant la responsabilité indirecte du praticien.

L'insomnie a été le point de départ de nombre d'habitudes toxiques pour le véronal; VERVAECK signale l'intervention fâcheuse du pharmacien dans ces cas.

Le prosélytisme, l'exemple et les causes psychomorales ont été signalés surtout dans les cas de cocaïnomanie et d'éthéromanie.

Pronostic

Guérisons certaines	.....	36
— probables	.....	13
— douteuses	.....	23
Récidives	.....	42
Total	.....	114

Il est évident que le nombre des réponses à ce chapitre important est insuffisant pour permettre des conclusions générales.

Au sujet des *foyers de toxicomanie* aucune réponse positive. L. VERVAECK signale pourtant de petits centres de contagion toxique dans le monde du théâtre et du cinéma, ainsi que dans l'entourage des prostituées et demi-mondaines.

Quant à la *répartition*, le maximum des cas se trouve dans les centres urbains, notamment à Bruxelles, Anvers et Liège.

Au sujet de la *gravité du péril toxique*, la très grande majorité des praticiens la considère comme n'étant pas de nature à causer de sérieuses inquiétudes. Quelques-uns ont signalé toutefois une notable extension de la cocaïnomanie dans la clientèle de ville; en général, il semble que le nombre des toxicomanes, après avoir atteint son maximum pendant les trois premières années d'après-guerre, tend à décroître depuis 1922.

Enquête sur la fréquence des toxicomanies dans les prisons belges (1919-1924).

L'enquête médicale n'ayant pas permis de dépister la majorité des cas de cocaïnomanie, L. VERVAECK l'a complétée par de très intéressantes recherches sur la fréquence des toxicomanies dans les prisons, en se servant de la documentation du Service d'Anthropologie pénitentiaire belge, dont il est le directeur.

Sur 7.700 condamnés de sexe masculin, examinés de 1919 à 1924 dans les laboratoires des grandes prisons, 178 ont été reconnus (quoique 14 aient persisté à le nier) absorber habituellement de la morphine, de la cocaïne ou de l'éther; 34 sur les 164, qui avouaient leurs habitudes toxiques, étaient des polytoxicomanes, soit 20 %, tous psychopathes constitutionnels et névropathes avérés.

La proportion des toxicomanes dépasse donc 2 % de la population des condamnés; d'après les observations de L. VERVAECK, dans les prisons de Bruxelles, ce pourcentage atteignait environ 5 % chez les prévenus (1919-1924); un certain nombre de ceux-ci furent reconnus irresponsables au point de vue pénal. Ce nombre semble d'ailleurs avoir diminué depuis. On doit remarquer à ce propos que les 1.500 premiers dossiers anthropologiques, relatifs aux examens pratiqués au laboratoire de Forest avant et pendant la guerre, ne comprenaient aucun cas de toxicomanie médicamenteuse.

Les plus forts pourcentages de toxicomanies ont été

enregistrés dans les prisons de Bruxelles, où il atteint 6 % environ, d'Anyers et de Liège.

Toxiques employés

1° Monotoxicomanes : 144 (morphine 7, cocaïne 129, éther 8).

2° Polytoxicomanes : 34 (m. c. 17 m. é. 8, m. c. é. 7).

Dans les quatre cinquièmes des cas, les polytoxicomanes ont débuté par la morphine; l'éther a généralement succédé à la cocaïne.

En totalisant les chiffres des toxiques utilisés par les 174 condamnés, on obtient les résultats suivants : morphine 33 cas (soit 15 %), cocaïne 161 cas (soit 73.5 %), éther 25 cas (soit 11.5 %). En ne tenant compte que du groupe des monotoxicomanes, la prépondérance de la cocaïne s'accroîtrait encore : 89.5 %; la morphine et l'éther atteignent chacun 5 % des cas.

Ainsi, alors que les médecins belges signalent dans leur clientèle surtout les toxicomanies morphiniques 187 cas sur 278 soit 68 %, la cocaïne 20 %, l'éther 5 % et le véronal 7 % des cas, — par contre dans les prisons les cocaïnomanes représentent 73.5 % des intoxiqués et les morphinomanes à peine 15 %.

En partant de ces proportions, L. VERVAECK estime que le nombre des cocaïnomanes dans la population libre doit être 5 fois supérieur à celui révélé par l'enquête et qu'il faut donc compter pour la Belgique au moins 935 cas de cocaïnomanie.

Délinquance et Toxicomanie

Deux questions ont été étudiées à ce propos : le genre des délits commis par les toxicomanes et les relations entre la criminalité et la toxicomanie.

I. Dans près des trois cinquièmes des cas (57.3 %) il s'agissait de délits contre la propriété (vols, détournements, faux et abus de confiance); dans 6.2 % des cas d'attentats contre la vie (8 condamnés pour coups et 3 pour homicides); et dans 2.8 % des cas d'attentats contre les mœurs; dans 31 % des cas enfin il s'agissait de trafic de toxiques.

II. 1° Condamnés pour détention ou trafic de toxiques : 30.9 % des cas;

2° Relation directe entre le délit et l'habitude toxique (vols, abus de confiance ou faux, en vue de se procurer ou de pouvoir acheter le toxique) : 20 %;

3° Déchéance morale et sociale ayant prédisposé ou déterminé indirectement la délinquance (par inaptitude au travail, perte d'emploi, etc.) : 35 %;

4° Aucune relation apparente entre le délit et l'habitude toxique : 10 à 15 % des cas.

L. VERVAECK conclut que, moins grave que dans certains pays d'Europe, le péril toxique existe néanmoins en Belgique. La cocaïnomanie, surtout, a pris depuis l'armistice une extension inquiétante, alors qu'elle y était inconnue il y a 15 ans. Ses ravages dépassent le domaine médical, parce que l'usage de la cocaïne détermine rarement des troubles organiques importants. Par contre, la déchéance du caractère et la déviation

du sens moral qu'elle entraîne sont la cause directe ou éloignée d'un certain nombre de délits et crimes et, faits plus graves encore, la cocaïne est à l'origine d'une délinquance intime qui échappe au Code Pénal parce que ses manifestations ne dépassent généralement pas le cadre de la vie familiale et que le plus souvent elles sont dissimulées par ceux-là mêmes qui en furent les victimes.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE DES TOXICOMANIES

Nous tâcherons de dégager l'étiologie des principales toxicomanies à la lumière des documents cliniques et statistiques que nous avons rassemblés dans le précédent chapitre. Nous schématiserons d'abord un tableau étiologique d'ensemble, nous réservant de préciser par la suite, en regard de chaque toxique, les causes particulières qui ont contribué à favoriser la toxicomanie correspondante.

« Le carrefour où se rencontrent la toxicophilie naturelle avec la toxicomanie état morbide, dit LEGRAIN, est une vaste clairière longue à parcourir; l'on n'en voit ni l'orée ni la terminaison. »

Comment parcourt-on cette clairière pour se perdre, corps et âme, dans l'intoxication chronique? Comment devient-on toxicomane? Nous distinguerons avec le Pr H. CLAUDE des *causes prédisposantes*, constitutionnelles, qui sont à la base de la toxicomanie et des *causes occasionnelles* qui la favorisent; les causes subjectives relevant du malade et les causes objectives relevant de la société.

1^o Causes constitutionnelles

L'état psychique, la prédisposition mentale est un élément essentiel, jouant un rôle capital et presque exclusif dans la genèse des toxicomanies. Le Pr DUPRÉ et J. B. LOGRE séparent, à propos de la morphinomanie, les toxicomanes accidentels, qui peuvent se libérer en temps utile, des toxicomanes nés, ayant le goût originel et en quelque sorte « le tropisme » du poison.

« Ne devient pas morphinique qui veut », disait aussi PICHON, mettant toujours sur le premier plan la constitution mentale préalable.

Une remarquable description de l'élément constitutionnel prédisposant nous est donnée par le Pr. CLAUDE : « C'est une constitution névropathique spéciale, à caractère héréditaire, où l'hérédo-alcoolisme entre souvent en cause. Cette constitution crée une prédisposition mentale à la toxicomanie. Dans l'ordre intellectuel et imaginaire elle se caractérise par une curiosité malsaine, par une recherche élective et passionnée des états d'âmes anormaux, rares et mystérieux. Chez de tels prédisposés le surmenage joue un rôle d'appoint, en imposant la nécessité de supporter des efforts exagérés. Dans l'ordre sensitif et affectif, cette constitution spéciale comporte une impressionnabilité excessive, une aptitude à éprouver trop vivement la souffrance et le plaisir. Dans l'ordre volontaire ce sont l'aboulie, la nonchalance, la paresse, la tendance aux obsessions et aux impulsions. Dans l'ordre des perturbations affectives et passionnelles on trouvera à la base de cette

constitution l'appétit et le besoin d'excitants anormaux, une instabilité dans les goûts et une sorte de perversion instinctive, s'accompagnant d'ailleurs des autres manifestations de déséquilibre mental; c'est la perversité courante dans le monde des blasés et des vicieux, dans les milieux des prostituées et des « demi-mondaines ». Dans ces catégories spéciales d'individus, la toxicomanie n'est qu'un symptôme parmi d'autres symptômes : mensonges, mythomanie, aberrations sexuelles, lâcheté, malignité, passion du jeu. On trouvera donc parmi les toxicomanes les déséquilibrés ordinaires, très fréquemment délinquants de toute espèce, et aussi ces déséquilibrés par hypersensibilité, qu'on classait autrefois dans la catégorie des « dégénérés supérieurs ».

Un grand nombre de toxicomanes appartiennent à ces catégories de prédisposés. Ces *toxicomanes passionnels*, dont la maladie prend un caractère tenace, sont, parmi les toxicomanes, les récidivistes habituels, ceux dont la guérison est des plus difficiles à obtenir. Il faut encore ajouter à propos du facteur mental, comme le faisait remarquer le Pr. POUCHET, que la cocaïne, comme la morphine, comme l'atropine et d'autres substances agissant sur le système nerveux sont des excitants des manifestations de névroses pouvant exister à l'état latent chez les individus, névroses dissimulées qui peuvent être brusquement mises à jour par la toxicomanie.

2^o Causes occasionnelles

Elles sont très nombreuses et très variées.

a) *La prescription médicale* est à l'origine d'un très

grand nombre de cas; elle prédomine dans les intoxications par les dérivés de l'opium;

b) *Les causes d'ordre affectif* : l'ennui, le chagrin, les deuils, le spleen, l'asthénie psychique, la névrose d'angoisse sans objet. Ce sont en général ces états pénibles, souvent non déterminés, dont le sujet se rend parfaitement compte et qu'il cherche à combattre en recourant aux toxiques, qui ne feront habituellement qu'aggraver le mal.

Il faut mettre, à côté de ces causes, l'algophobie, la peur de la douleur; « la peur de souffrir, la sensibilité, la sensiblerie ont été exaltées au plus haut point dans les divers milieux de la population, du fait des souffrances de la guerre. L'habitude a été contractée dans les ambulances, les hôpitaux, de diminuer à la première demande la souffrance des blessés, des nerveux, des fatigués. On néglige l'éducation de la douleur, on n'habitue plus les hommes, ni les femmes à supporter les peines, les douleurs physiques et morales » (H. CLAUDE).

c) *La contagion mentale* peut s'exercer de différentes manières : contagion sournoise, presque inconsciente, exercée par la lecture, les spectacles; contagion par imitation; contagion par l'exemple (les ménages et les couples de toxicomanes sont des plus fréquents). Quelquefois c'est dans un but intéressé que cette contagion s'exerce : jalousie, vengeance.

Le *prosélytisme*, qui est très souvent féminin et qui se voit surtout dans l'intoxication cocaïnique, nous conduit à la contagion directe et par sollicitation active, quⁱ

joue surtout dans cette intoxication : le Pr REGIS faisait remarquer encore cette chose curieuse que « tout lettré qui a goûté à la drogue se croit tenu d'en vanter publiquement les charmes ! » La mode enfin, le snobisme, ont leur rôle. Plus forte est l'influence de certains cénacles de toxicomanes, des clubs et des cercles où les drogues sont en faveur, de certains milieux littéraires et artistiques, en particulier de Music-hall, où les intoxications sont très répandues.

La facilité de se procurer les toxiques justifie enfin le grand nombre de malades appartenant à la famille médicale : médecins, pharmaciens, infirmières, étudiants en médecine et en pharmacie, ainsi que droguistes et chimistes.

d) *Les conditions sociales défavorables* jouent aussi un rôle important. Les fatigues de la vie mondaine, pour ceux condamnés à cette existence, le surmenage des intellectuels, surtout de ceux obligés de travailler la nuit (journalistes, acteurs, médecins), de tous les travailleurs enfin, à qui la vie dure d'après la guerre impose des efforts au-dessus de leurs moyens, contribuent beaucoup à la diffusion des excitants et « des artifices pour soutenir un effort défaillant, la pratique du *doping* » (H. CLAUDE).

e) *Les trafiquants des drogues*, enfin, ont un rôle des plus pernicieux. Par tous les moyens ils cherchent à distribuer la précieuse marchandise à un nombre de plus en plus grand de candidats aux « paradis artificiels ». Ils entretiennent avec soin leur clientèle, font changer au besoin la drogue pour la retenir et usent de tous les moyens pour capter de nouveaux adeptes.

Opium.

Nous serons brefs dans ce paragraphe qui vise les fumeurs et les mangeurs d'opium. En Europe, le problème de l'opiomanie a perdu en effet beaucoup de son importance à la suite des mesures législatives édictées depuis la guerre par presque tous les pays et des conventions internationales; en France, la loi de 1916 et les mesures interdisant le fumage de l'opium dans l'administration et l'armée coloniale ont fait changer l'aspect de la question.

Tout autre était le problème avant la guerre. Diffusée par voie maritime, propagée par les coloniaux et les voyageurs qui avaient pris l'habitude de fumer en Extrême-Orient, répandue par des organisations commerciales puissantes, la drogue noire multipliait ses ravages particulièrement dans les grands ports européens comme Londres, Marseille, Hambourg. La Chine renvoyait vers l'Europe le poison qui lui fut imposé à coups de canons par les Anglais en 1839.

En France, le port militaire de Toulon était un centre important d'opiomanie. Toutes les grandes cités connurent bientôt la maladie de l'opium et les fumeurs étaient à la mode. Contagion, imitation, snobisme, influence de la littérature de l'opium si abondante, il y a quelques trente ans, déterminèrent une extension de l'opiomanie qui devint menaçante. Une enquête à Toulon, faite avant la guerre par ROUZIER-DORCIÈRE, dénombrait dans cette ville 173 fumeries; pour Paris on donnait, en 1914, le chiffre de 1200 fumeries.

Les milieux, parmi lesquels se recrutèrent et se recrutent encore les fumeurs d'opium, sont en particulier les anciens coloniaux, les officiers et les soldats des troupes coloniales et de marine, le monde galant qui pullule autour de ces coloniaux dans les grands ports, ces « petites alliées » décrites par Cl. Farrère, les gens de lettres, les artistes (surtout les peintres), les désœuvrés riches. En effet, la fumerie d'opium nécessite une installation spéciale et un matériel particulier qui ne sont pas à la portée de tous.

On recherchait dans la « fumée divine » des sensations nouvelles, surtout spirituelles, l'euphorie, la grisurie intellectuelle. Ainsi la fumerie d'opium représentait en Europe, — par le choix des convives et la richesse du décor, — dans la plupart des cas le cénacle d'une intoxication supérieure, d'élite, mais qui faisait tourner dans son orbite un grand nombre de personnes de condition plus modeste attirées justement par le faste de la mise en scène et les attraites de cette société.

Les fumeries publiques ont depuis disparu en France. Leur installation, l'odeur caractéristique de l'opium qui grésille, les dénoncent trop facilement. D'autre part, l'introduction en fraude de l'opium, bien plus difficile que celle des alcaloïdes stupéfiants, a fait que le prix de l'opium à fumer soit devenu extrêmement élevé : un petit pot d'opium acheté dix francs à Saïgon se paye à Paris de 150 à 200 francs et plus.

Mais il ne faut pas croire que la loi, en fermant les fumeries et en punissant le fumeur, en a guéri un seul de son habitude. Que sont donc devenus les fumeurs

d'opium ? Tout d'abord un certain nombre de fumeries particulières subsistent encore dans les ports de mer et même à Paris (Ch. Boussange). En 1924, la police en a fermé deux à Paris, dans le quartier des Champs Elysées. D'autres fumeries ont été signalées plus récemment dans la banlieue parisienne, fréquentées, celles-ci, par des ouvriers chinois. En 1928, le service de police judiciaire s'occupant des infractions à la loi de 1916 a saisi encore 25 kgr. d'opium.

Mais un grand nombre de fumeurs ont simplement changé de toxique, par économie ou pour dissimuler plus facilement leur habitude. Ils se sont adonnés pour la plupart aux dérivés de l'opium : à la morphine, à l'héroïne ou bien encore, comme nous l'avons vu, au laudanum ou à l'élixir parégorique encore plus facile à procurer. Parmi nos 50 toxicomanes, 4 ont remplacé de cette manière l'opium manquant.

Si les fumeurs d'opium se rencontrent plutôt dans les classes aisées, par contre l'intoxication par des produits opiacés en ingestion a connu autrefois une grande clientèle populaire, vers le milieu du XIX^e siècle, en Amérique, et en Angleterre. En Angleterre, d'après THOMAS HOOD et THOMAS DE QUINCEY, l'usage de l'opium était largement répandu parmi les ouvriers du Norfolkshire, ceux des filatures de Manchester, ceux des centres industriels de Liverpool. A Preston, dans le Lancashire, 60 % des enfants au-dessous de 5 ans succombaient à la suite de l'administration de préparations opiacées par des mères trop soucieuses de leur tranquillité.

Ces faits sont des plus instructifs en montrant les

possibilités de l'extension d'une toxicomanie médicamenteuse dans les milieux les plus populaires; dans l'histoire de l'éthérisme nous trouverons un exemple semblable.

L'anesthésie de la faim produite par l'opium est bien connue et les chinois miséreux la mettent à profit. LEGRAIN cite même à ce sujet les paroles d'un certain politicien anglais sans scrupules (Sir W. Moore), qui n'hésitait pas à conseiller l'introduction de l'opiomanie dans les Indes, comme le plus sûr moyen de couper court aux revendications des affamés. En temps de famine, l'hindou abruti par l'opium n'a plus besoin de manger. Qui dort dîne.

Des facteurs économiques et politiques peuvent ainsi jouer leur rôle dans la genèse des toxicomanies et les grandes endémies toxiques ont souvent reconnu leur puissance.

Préparations opiacées : Laudanum, Élixir Parégorique.

L'intoxication chronique par le *laudanum de Sydenham* — qui est une teinture d'opium composée, contenant du safran, de l'essence de cannelle et de girofle — était très répandue, à côté des autres préparations opiacées, comme nous l'avons montré, dans nombre de centres ouvriers en Angleterre vers le milieu du siècle dernier. Ce fut vers la même époque une intoxication fréquente et à la mode chez les gens de lettres et d'art et chez les désœuvrés riches. Intoxication passionnelle et volontaire chez ceux-ci, elle reconnaissait

comme causes la contagion directe ou indirecte, surtout celle de la littérature de l'opium du temps et en particulier des *Confessions d'un mangeur d'opium* de THOMAS DE QUINCEY, bien que l'auteur décrivait avec autant d'art, à côté des plaisirs, » les tortures de l'opium ».

De nos jours, la morphine, l'héroïne ou la cocaïne ont supplanté le vieux laudanum. Rarement utilisé seul, ce médicament se retrouve maintenant associé aux autres toxiques dans les toxicomanies complexes et est utilisé surtout comme substitutif temporaire de l'opium ou de la morphine, parce que plus facile à procurer et moins cher. Il constitue ainsi souvent la drogue des toxicomanes pauvres ou qui ont épuisé leurs ressources en d'autres toxiques.

La toxicomanie résultant d'un emploi thérapeutique du laudanum est des plus rares, vu les conditions habituelles d'administration de ce médicament. L'intoxication chronique par le laudanum se présente aujourd'hui sous une forme nouvelle qui doit être connue : ce sont les *injections sous-cutanées de laudanum*.

En 1919, JEAN LAUTIER publiait deux premières observations de toxicomanes utilisant le laudanum en injections. Dans un de ces cas, cet emploi fut nettement déterminé par l'application de la loi de 1916, la malade, ancienne sédolomane, ne pouvant plus se procurer son toxique habituel sans ordonnance, tandis que la même loi permettait le renouvellement indéfini des ordonnances ne portant pas de mention spéciale et prescrivant une dose de laudanum n'excédant pas

5 gr. Il nous semble incontestable que cette facilité a fait augmenter le nombre des cas; l'injection de laudanum est passée dans la pratique des toxicomanes. Quatre malades sur 105 traités à l'hôpital Henri Rousseau utilisaient cette technique. On la trouvera également dans deux de nos observations.

Si, dans la plupart des cas, aussi curieux que cela paraisse, vu la composition du produit et surtout l'alcool qui y entre, les injections sont bien tolérées; par contre, elles sont capables de donner des altérations graves du revêtement cutané. Chez une de nos malades (Obs. XLVIII) ces injections ont été responsables d'une lymphangite grave amenant un accouchement prématuré suivi de septicémie puerpérale et de mort.

L'intoxication chronique ainsi entretenue est entièrement comparable à celle produite par la morphine.

L'éllixir parégorique (teinture d'opium camphrée) est plus rarement utilisé dans un but d'intoxication passionnelle ou euphoristique. Il est employé aussi comme toxique adjuvant ou comme succédané de l'opium ou de la morphine (Obs. I). Il est plus facile encore à obtenir que le laudanum parce que la plupart des pharmacies le délivrent à Paris sans ordonnances. Présentant moins de danger d'accoutumance, son emploi prolongé et abusif détermine pourtant des troubles graves tenant ainsi que pour le laudanum autant de l'intoxication alcoolique que de l'intoxication opiacée.

Les opiacés injectables.

Les plus employés, le *panlopon* et le *paveron*, sont des extraits totaux de l'opium renfermant tous les alcaloïdes sous forme de chlorhydrates solubles. Bien que l'accoutumance à ces produits soit un peu moins rapide que pour la morphine, les dangers de toxicomanie résultant d'un emploi thérapeutique quelque peu prolongé sont tout aussi grands et l'intoxication chronique ainsi produite encore plus sérieuse. La prescription médicale est à l'origine du plus grand nombre des cas. Enfin, ils servent de succédanés de la morphine ou de l'héroïne chez nombre de toxicomanes. A part ceci, toute l'étiologie de ces toxicomanies se retrouve dans la description de la morphinomanie que nous donnons plus loin.

Nous mettons à côté de ces médicaments le *sédol*, qui est une association de morphine et de scopolamine réputée comme encore plus maniable.

Les dangers de l'accoutumance, plus rares, existent pourtant aussi avec ce produit. JEAN LAUTIER citait le cas d'une sédolomane que nous avons mentionné à propos du laudanum. Nous avons rencontré aussi l'emploi du sédol chez quelques intoxiqués, soit exclusivement, soit à titre de succédané de la morphine.

Morphine.

Découverte en 1816 par le chimiste SEGUIN, la morphine paraît avoir été employée pour la première fois par voie parentérale par un médecin praticien de

Saint-Emilion, LAFFARGUE, qui imagina vers 1830 la méthode dénommée par lui « des inoculations d'opium » (J.-B. LOGRE). Mais l'injection hypodermique de morphine ne fut vulgarisée qu'en 1853 par WOOD; en 1859, le Professeur BEHIER introduit en France cette pratique qui devient vite d'un usage courant. On était bien loin de se douter, en présence d'un si précieux agent thérapeutique, que son emploi comportait de réels dangers et que l'abus et l'usage intempestif de la morphine allaient révéler bientôt la morphinomanie, « maladie artificielle, créée de toutes pièces par l'évolution de la science mise au service de l'imagination » (GUIMBAIL).

Les médecins militaires allemands utilisèrent sur une grande échelle la pratique des injections de morphine pendant les guerres de 1866 et de 1870; la contagion aidant, de véritables foyers de morphinomanie furent signalés, surtout parmi les officiers et sous-officiers et, en 1870, LEWINSTEIN décrivait la nouvelle maladie, la morphinomanie.

Avec l'imitation, le snobisme, la morphinomanie connut vers la fin du siècle dernier une période de grande vogue dans le monde intellectuel et médical surtout. De nombreux ouvrages dénoncèrent les dangers de cette intoxication.

La période d'engouement pour cette intoxication est passée; le nombre des intoxiqués n'a fait pourtant qu'augmenter un peu partout et les ravages exercés par la maladie que la loi punit aujourd'hui n'en sont, dans l'ombre, que plus grands.

« On entre dans la morphinomanie — a dit le Professeur BALL dans une formule qui est restée classique — par la porte de la douleur, par celle de la volupté et par celle du chagrin. »

Ce sont là surtout des raisons psychologiques, auxquelles doivent s'ajouter la contagion et l'imitation, mais ces portes sont de bien inégale grandeur : si la douleur et le chagrin, en d'autres termes la douleur physique et la douleur morale, constituent encore la grande porte qui conduit à la morphinomanie, par contre peu d'adeptes y entrent aujourd'hui par la porte de la volupté.

Du point de vue pratique, deux grandes questions dominent l'étiologie de la morphinomanie : c'est d'une part l'importance de la prescription thérapeutique de la morphine, c'est d'autre part la fréquence incontestable de la maladie dans le monde médical.

C'est surtout aux vertus consolatrices et apaisantes de la morphine qu'on fait appel. La morphine sera donc le poison d'élection des surmenés, des asthéniques, des inquiets, des émotifs, des anxieux, des imaginatifs, de ceux encore tourmentés par des chagrins ou des douleurs morales, et, comme le nombre de ces « prédisposés » a considérablement augmenté dans les périodes de bouleversement social qui ont suivi la guerre, on comprend l'augmentation de ces cas.

Parmi les *causes occasionnelles*, celles d'ordre médical occupent le premier plan. Elles revendiquent au point de vue étiologique la grande majorité des cas de morphinomanie.

C'est d'abord la *prescription médicale*. Les chiffres statistiques que nous avons donnés démontrent à chaque instant la fréquence considérable de ce facteur. PICHON signalait déjà l'origine thérapeutique dans 37 cas sur 53. Parmi nos 50 cas de toxicomanie, presque tous par des dérivés de l'opium, 26 soit 51 % reconnaissent comme cause initiale une prescription médicale de morphine.

Les maladies douloureuses aiguës ou chroniques sont en cause dans la majorité des cas, surtout celles caractérisées par des paroxysmes douloureux à répétition, comme le tabès (4 cas sur 50), les coliques hépatiques, néphrétiques, appendiculaire, l'asthme, les névralgies diverses; de même l'emploi de la morphine avant ou après les interventions chirurgicales, — pour pallier aux malaises post-opératoires, — est une cause fréquente.

Dans les chiffres fournis par l'enquête belge, la prescription médicale était incriminée dans 117 cas sur 243.

De même que la guerre de 1870, la dernière guerre a donné naissance à un grand nombre de morphinomanes à la suite de l'emploi répété d'injections de morphine dans les ambulances et les hôpitaux sur tous les fronts de bataille. Trois de nos malades sont devenus toxicomanes à la suite d'injections faites à l'occasion de blessures de guerre. Les chiffres de W. JACOB, que nous avons donnés, sont des plus caractéristiques : parmi les cas d'après-guerre, 26 malades sur 58 (soit 44,8 %) sont devenus morphinomanes pendant leur

service militaire, la plupart à la suite de blessures, trois aussi par contagion.

Une cause médicale depuis longtemps signalée est l'abus des injections de morphine dans les hôpitaux; « nos hôpitaux, dit F. FRILLEY, furent longtemps des foyers actifs de propagande. L'abus des injections de morphine dans certains services amène la morphinomanie. Ce ne fut pas toujours la faute des médecins; ce fut surtout celle des infirmières qui avaient à leur disposition le bienheureux flacon; certaines en distribuaient le contenu à tous les malades qui en faisaient la demande, moyennant une faible rétribution ou simplement par charité, pour les apaiser ».

Si cette pratique a disparu des grands hôpitaux, elle semble persister encore dans certains hôpitaux de province (F. THOMAS).

Ce qui est certain, c'est que cet usage hospitalier de la morphine a répandu dans les classes populaires la notion de la « piqûre calmante », que le praticien se voit souvent demander de la part de sa clientèle, et qu'il a incité nombre de prédisposés à recourir à la morphine pour apaiser une souffrance quelconque ou rechercher l'oubli.

On ne devient pas fatalement morphinomane dès qu'on a reçu une piqûre de morphine; pour que l'usage thérapeutique entraîne rapidement l'accoutumance, il faut de la part du sujet une certaine répugnance à supporter la douleur, cette faiblesse de la résistance à la douleur, cette « algophobie » qui fait partie de la constitution mentale un peu particulière, franchement

anormale même dans nombre de cas, des véritables morphinomanes. Mais sans la morphinisation thérapeutique, la plupart de ces candidats ne verseraient pas dans la toxicomanie (R. DUPOUY).

A côté de l'origine thérapeutique, le facteur professionnel est de première importance dans l'étiologie de la morphinomanie; les premières statistiques, comme nous l'avons vu, en faisaient même uniquement état. La maladie restait dans ces temps l'apanage des classes aisées; les professions libérales surtout (médecins, pharmaciens, magistrats, professeurs, hommes de lettres, religieux, militaires), à l'inverse de l'alcoolisme, en fournissaient la presque totalité des cas (CHAMBARD). Sur 230 cas des statistiques réunies de PICHON et de LEWINSTEIN, 172 appartenaient aux professions libérales.

Mais, de toutes parts, on a signalé depuis l'extension de la morphinomanie dans les classes laborieuses, où la morphine satisfaisait la recherche d'un stimulant pour le travail, analogue à l'alcool : la contagion joue ici un grand rôle. On a ainsi décrit de ces ateliers de couture où la seringue et la solution de morphine circulait à certaines heures de main en main parmi les ouvrières, des petites épidémies parmi des ouvriers d'usine, nombre de cas même à la campagne. Mais, malgré les craintes des auteurs, cette pratique ne s'est pas généralisée et ce sont aujourd'hui en France surtout les classes moyennes des villes qui payent un grand tribut à la morphinomanie: les employés de commerce et de bureau, les commerçants, les fonction-

naires, les ouvriers et ouvrières qualifiés se retrouvent en grand nombre, comme le prouve notre statistique : sur 75 cas, 43 appartiennent aux classes moyennes, contre 13 aux professions libérales, autres que la médecine.

Par contre, W. JACOB trouve qu'en Allemagne la morphinomanie a augmenté de beaucoup dans les classes travailleuses : parmi les cas d'après la guerre, il trouve un pourcentage de 52,6 % comprenant 11 ouvriers.

Fréquente continue à être la morphinomanie chez les gens de lettres et les artistes. Un certain nombre d'anciens coloniaux et de fumeurs d'opium sont devenus, comme nous l'avons vu, morphinomanes, faute de drogue. Le demi-monde, la prostitution fournit encore un contingent important de malades. Dans ces milieux, c'est pourtant la cocaïnomanie qui prédomine.

Mais il y a une profession qui est électivement frappée par cette maladie, c'est la *profession médicale*. Nous avons donné de nombreux chiffres qui montrent à des diverses époques la fréquence considérable de cette intoxication dans le monde médical. Elle touche tous les membres de ce qu'on a convenu d'appeler la famille médicale : médecins et femmes de médecins, pharmaciens et femmes de pharmaciens, étudiants en médecine et en pharmacie, infirmières, ainsi que droguistes et chimistes préparant ou maniant la drogue.

« Il est à peu près prouvé—disait JENNINGS en 1910—qu'un médecin sur quatre est adonné à l'usage des drogues et le plus souvent de la morphine, que la pro-

portion des médecins sur le total des malades soignés s'élève dans certaines statistiques à 75 et même 90 % des cas. » La différence des chiffres statistiques doit s'interpréter selon qu'il s'agit de clientèle de ville, d'hôpital, de sanatorium ou de maison de santé. Ainsi, sur 75 malades traités à l'hôpital Henri Rousselle de 1923 à 1928, nous avons relevé 19 appartenant à la famille médicale (dont 5 médecins), chiffre important si l'on se rapporte à ce fait que de tels malades ne se résignent qu'en dernière instance à un traitement hospitalier.

Dans l'enquête belge, 59 cas sur 274 appartiennent à la famille médicale. Des diverses informations que nous avons recueillies, il semble prouvé qu'à l'heure actuelle la morphinomanie est encore très répandue dans les milieux médicaux parisiens; des médecins parmi les meilleurs sont victimes de cette intoxication. Le personnel des hôpitaux comme les praticiens payent un lourd tribut à la maladie.

L'usage de la morphine est aussi assez répandu parmi les étudiants et étudiantes, mis à profit pendant les examens et surtout les concours. Les infirmiers et les infirmières comptent toujours parmi eux de très nombreux morphinomanes.

Quelles sont les raisons de cette lamentable situation ?

Dans une page pathétique, CHAMBARD faisait entrer en ligne de compte les incertitudes, les misères, les déboires de la profession : « Pour quelques médecins qui, grâce à leur talent, à un travail acharné, ainsi

qu'à de longues et savantes manœuvres, deviennent des personnages, combien demeurent écrasés par un travail à peine rémunérateur ou humiliés par les tristes et quelquefois honteuses exigences de la clientèle? La médecine est la plus belle des sciences, la plus noble des professions, soit, mais aussi le plus vil des métiers ».

DEBOVE croit que la profession médicale ne diffère pas sensiblement, à l'égard des déboires qu'elle comporte, des autres professions. « Il est plus simple d'admettre, dit-il, que le médecin ayant toujours sous la main une seringue et une solution de morphine y recourt facilement dès qu'il souffre et sa profession lui permet de se procurer de nouvelles doses de poison. Les médecins sont cependant placés mieux que personne pour voir les ravages produits par cette intoxication ».

Le fait d'avoir toujours la drogue à sa disposition, la facilité de s'en procurer et surtout la connaissance précise et l'observation des effets thérapeutiques de l'alcaloïde, nous semblent être les facteurs déterminant de la morphinomanie médicale. Le surmenage professionnel de jour et particulièrement les nuits de veille, la vie mouvementée riche en émotions diversés, la nécessité de parer toujours à la moindre alerte dans laquelle se trouve le médecin praticien, le chirurgien, l'interne de garde, l'infirmière, sont des conditions accessoires qui jouent aussi un rôle indubitable.

À côté de la morphinomanie médicale, il faut signaler, dans l'entretien de la maladie, le rôle que jouent certains médecins qui font des prescriptions de drogue à

des toxicomanes avérés. Ce sont ou bien des naïfs qui se laissent duper, des ignorants qui se laissent prendre au piège de la cure de désintoxication à domicile, impossible dans la presque totalité des cas, ou bien franchement des malhonnêtes qui en pleine connaissance de cause exploitent ces malades.

Ces « médecins marrons » comme on les a appelés, sont bien connus par des toxicomanes; certains pharmaciens, en liaison avec eux, donnent même leur adresse aux malades.

A Paris, ainsi qu'en province, quelques grands procès ont révélé ces dernières années un certain nombre de ces spéculateurs de la maladie qui déshonorent leur profession.

Mais dans l'entretien de la morphinomanie un rôle bien plus important est joué par les trafiquants de drogues; la morphine vendue illicitement en France provient des usines allemandes, d'Espagne et d'Italie.

Il convient de signaler encore, parmi les causes occasionnelles, la contagion due à l'imitation et au prosélytisme.

La modalité la plus fréquente de la contagion familiale est celle ayant comme cause l'interpsychologie sexuelle. Les ménages de morphinomanes sont presque la règle et bien rares les couples où, l'un des membres étant morphinomane, l'autre ne le devienne rapidement à son tour, soit par imitation, soit par initiation directe; cette initiation est faite, soit dans un but honnête, le toxicomane à la première période étant persuadé des bienfaits de la drogue qu'il veut distribuer autour

de lui, soit encore dans le but de s'attacher une autre personne par la pratique d'une même habitude, par jalousie enfin, à cause de l'impuissance que détermine rapidement la morphine; plus rarement, par vengeance.

Le prosélytisme des morphinomanes est discuté. DEBOVE disait que tout « morphinomane est doublé d'un apôtre fervent qui cherche à convaincre les autres ». Il nous semble que cette notion était plus vraie au début de l'intoxication morphinique pendant sa période de vogue et surtout dans les milieux littéraires et artistiques, où dominait la mode des salons et des cénacles. On décrivait ainsi à cette époque des clubs de morphinomanes et des salons de la haute société où la morphine trônait en maîtresse. Il y avait de même, vers 1890, à Paris, nombre de maisons où venaient se faire piquer des morphinomanes de condition moyenne, qui ne pouvaient pas se permettre le luxe de continuer chez eux leur pratique. C'étaient les *Instituts de Morphine*, où de vieilles femmes, « les morphineuses », faisaient à leurs clients les injections de poison avec toutes les règles de l'art (G. HODÉE, L. DE BLOCK).

Ce prosélytisme, moins marqué que dans d'autres toxicomanies, parce que les morphinomanes sont généralement des intoxiqués égoïstes, se renfermant sur leur bonheur ou leur misère et cachant habituellement leur vice, existe indiscutablement dans nombre de cas et fait ses victimes. La contagion par l'exemple qui peut être le fait de tous les morphinomanes y ajoute les siennes.

Héroïne.

Ether diacétique de la morphine, deux à trois fois plus toxique que cette dernière, l'héroïne fut introduite en thérapeutique vers 1898. Elle restait d'un emploi assez limité quand, en 1900, MOREL-LAVALLÉE préconisa en France son emploi comme substitutif dans la cure de démorphinisation. Il faisait certaines réserves et la recommandait surtout aux petits morphinomanes. On n'en retint pourtant que ce titre si plein de promesses et d'espoir : « Plus de morphinomanes », et la méthode fut appliquée tout de suite.

Il en résulta des héroïnomanes et l'on connut une toxicomanie nouvelle, à tous égards pire que celle que l'on voulait combattre. Ainsi se répéta, à vingt ans d'intervalle, la grande erreur médicale qui avait répandu l'usage de la cocaïne dans le même but et avec les mêmes désastreux résultats.

COMAR et BUVAT signalèrent en 1904 les dangers de cette substitution. En 1905, SOLLIER, à la suite d'une série de cas observés, jeta un véritable cri d'alarme. PAUL DUHEM en 1907, se basant sur une statistique de 16 cas, dénonça de nouveau les dangers de l'héroïne. Sur ces 16 malades, 4 étaient devenus héroïnomanes en substituant l'héroïne à la morphine, 3 à la suite de crises d'asthme, 3 après des syndromes douloureux, 6 pour des motifs divers (insomnie, chagrin, fatigue).

Depuis, l'héroïnomanie n'a fait que gagner du terrain; et actuellement, en France et surtout aux Etats Unis, sa fréquence est arrivée à dépasser celle de la

morphinomanie. C'est, des stupéfiants dérivés de l'opium, le poison actuellement en vogue à Paris. Sur 105 cas de toxicomanies traités de 1923 à 1928 à l'hôpital Henri Rousselle, il y avait 49 cas d'héroïnomanie contre 44 de morphinomanie. 25 des 50 observations que nous avons présentées, concernent des intoxications chroniques par l'héroïne.

Le poison est utilisé soit en injections comme la morphine, soit encore en prise nasale.

Plus considérable encore est la fréquence de l'héroïnomanie aux Etats-Unis, où en 1919, à New-York, COPELAND, sur 3.262 toxicomanes, compte 2.178 héroïnomanes en regard de 690 morphinomanes. La nouvelle intoxication a continué à se répandre et, d'après les documents officiels américains, dans l'augmentation récente de la criminalité dans ce pays, on comptait en 1924 plus de 90 % d'héroïnomanes (EM. PERROT). Ce danger public a incité les Etats-Unis à interdire la fabrication et l'importation de cette drogue. Et comme la fraude n'a pas pu être arrêtée, la délégation américaine a proposé, sans succès d'ailleurs, à la Conférence Internationale de Genève (1924) la suppression entière de la fabrication de l'héroïne.

Par contre, en Allemagne, en Belgique, cette intoxication semble beaucoup moins répandue. L'enquête belge ne dénombrait que 17 cas sur 278, en regard de 143 cas de morphinomanie.

Les causes de cet accroissement inquiétant de l'héroïnomanie sont de deux ordres. Elles tiennent pour une part dans les qualités propres du poison lui-même,

pour l'autre, dans les moyens de diffusion de ce poison. La diacétylmorphine a une action plus rapide et plus brutale que la morphine; de plus, une action excitante que celle-ci ne possède pas. Et comme c'est surtout l'action excitante qui est demandée actuellement aux drogues, on lui donne la préférence par rapport aux autres opiacés. Et c'est pour cette raison que deviennent héroïnomanes un grand nombre d'adeptes de la morphine, chez qui cette dernière a épuisé ses effets. La possibilité de l'intoxication par prise nasale si commode et si simple est une autre raison de la diffusion de l'héroïne. Dans cette forme, l'héroïnomanie marche souvent de pair avec la cocaïnomanie, dont la rapproche l'identité de technique; l'héroïne est employée aussi comme correctif de l'agitation et de l'insomnie produite par la cocaïne. L'intoxication par prises combinées, si funeste, comme toutes les associations toxiques, est d'observation fréquente et nous en avons donné des exemples.

L'héroïno-cocaïnomanie sévit ainsi dans le demi-monde et chez nombre de toxicomanes invétérés.

Le rôle des trafiquants de stupéfiants nous semble, d'autre part, avoir été des plus importants dans la vulgarisation du nouveau poison. L'héroïne bien plus que la cocaïne et la morphine — et ces trafiquants ne l'ignorent point — détermine une accoutumance plus rapide, un état de besoin plus impérieux et donc un asservissement plus complet au fournisseur.

Mais cette propagation par les trafiquants n'est que l'expression de la fabrication intense de l'héroïne. Le

Pr. LOUIS LEWIN, de Berlin, remarque que « ce produit est exporté actuellement hors d'Allemagne en quantités incroyables et seulement à titre de substance euphorique ».

En dehors de ces caractéristiques, l'étiologie de l'héroïnomanie se confond avec celle de la morphinomanie et dans la description précédente nous avons eu en vue les deux intoxications.

Le rôle de la prescription médicale, moins grand que dans la morphinomanie, est toutefois ici encore des plus importants. Les motifs thérapeutiques sont surtout l'asthme, les affections pulmonaires dyspnéiques et tussigènes, les névralgies rebelles, où l'héroïne trouve plus spécialement ses indications. La proportion des médecins et des intellectuels victimes de l'intoxication est tout aussi grande, l'héroïne étant recherchée comme un poison cérébral plus puissant que la morphine.

Au point de vue de ses répercussions sociales, il convient de souligner encore que l'héroïnomanie, aussi bien que la morphinomanie, débute dans la grande majorité des cas dans le jeune âge, frappant des sujets en pleine activité : chez 38 des 50 toxicomanes que nous avons présentés, l'habitude toxique avait été acquise avant 30 ans.

Succédanés de la morphine.

La liste de ces produits, pour la plupart dérivés de la morphine et des autres alcaloïdes de l'opium, est longue et s'accroît sans cesse. Leur étude nous intéresse

parce que tous ces médicaments doivent être tenus comme susceptibles de déterminer de l'accoutumance et de créer de nouvelles toxicomanies médicamenteuses. L'expérience funeste qu'on a faite jusqu'ici avec tous les substitutifs de la morphine, avec toutes les préparations anti-opium et anti-morphine doit faire naître toutes les suspicions. Sans doute, la création d'un médicament capable de remplacer la morphine, et dont l'emploi ne présenterait pas le danger de conduire à la toxicomanie, serait un grand progrès autant du point de vue médical que social, mais, en attendant ce médicament sûr, certains de ces produits n'ont fait qu'accroître le nombre des intoxications existantes. Echappant aux lois contre les stupéfiants, ils se répandent dans le monde des intoxiqués où ils sont déjà bien connus.

Nous ferons une simple mention des produits plus anciennement connus comme la codéine et la dionine.

La codéine (méthylmorphine), beaucoup plus maniable que la morphine, peut produire, par ingestion prolongée, la codéinomanie.

La dionine (chlorhydrate d'éthylmorphine) produit plus rarement l'accoutumance. On a décrit pourtant des cas de dioninomanie.

Plus surveillé doit être encore l'emploi des associations hypnotiques comme le *didial* (association de la diallylmalonylurée avec l'éthylmorphine) et l'*hémypnal* (association de didial et de chlorétone).

Parmi les éthers de la morphine, à côté de l'héroïne, la *péronine* (dibenzoïlmorphine) est un des plus répandus.

Elle donne à un haut degré l'euphorie si recherchée par les amateurs et est actuellement très employée en Extrême-Orient à la place de l'opium. Il paraît que l'exportation de la dibenzoïlmorphine à destination de la Chine et du Japon a pris dans les dernières années une réelle extension.

Plus intéressants sont trois nouveaux dérivés des alcaloïdes de l'opium qui ont été expérimentés récemment surtout en Allemagne et en Suisse : l'eucodal, le dicodide et le diïaudide¹.

L'eucodal, préparé en 1917 par MARTIN FREUND à partir de la thébaïne, alcaloïde naturel de l'opium, est le chlorhydrate de dihydro-oxycodéïnone.

Il est recommandé comme analgésique et sédatif de la douleur et constituerait un succédané de la morphine de même valeur et dépourvu d'actions accessoires. Il est employé aux mêmes doses, en ingestion et par voie hypodermique. Les expérimentateurs considèrent que le danger de l'accoutumance est moindre qu'avec la morphine; il faut, d'après FALK, tenir compte des variations individuelles. On a signalé ainsi nombre de cas d'eucodalisme, intoxication particulière, en tous points semblable à la morphinomanie. L'accoutumance se produit plus particulièrement, de même que pour la codéïne et la dionine, quand on veut remplacer chez un morphinomane la morphine par une de ces drogues.

Le dicodide, fabriqué par la firme Knoll, de Ludwigshaffen, est la dihydrocodéïnone, isomère de la

1. V. Paul Boyer, « Sur quelques nouveaux dérivés des alcaloïdes de l'opium. » (*Le Bulletin Médical*, 30 mars 1929.)

codéine. Sa constitution et ses propriétés pharmacologiques le situent entre la codéine et la morphine, plus près de la codéine. C'est surtout un médicament de la toux, employé en ingestion et en injections à doses voisines de celles de la codéine. Le dicodidisme a été réalisé expérimentalement chez le lapin par GOTTLIEB. WEHL, SIMON, etc. ont signalé des phénomènes d'euphorie au cours de l'administration thérapeutique de ce médicament. Moins fréquent que le morphinisme et l'eucodalisme, le dicodidisme doit cependant être redouté, d'après beaucoup d'auteurs, et l'administration de ce médicament étroitement surveillée.

Ces deux produits se sont si vite répandus dans le monde des toxicomanes et des candidats à l'intoxication que le *Comité d'Hygiène de la Société des Nations* a été amené l'année dernière à statuer sur cette question.

Malgré l'opposition du délégué allemand, qui faisait observer que ces corps sont des dérivés de la thébaïne, alcaloïde inoffensif, la Commission décida de les considérer comme stupéfiants à côté de la morphine et de la cocaïne. Un accord signé par vingt-quatre gouvernements a accepté, à la suite, d'étendre à l'eucodal et au dicodide le contrôle prévu par les conventions de Genève et de La Haye sur l'opium et les stupéfiants.

Le dilaudide, préparé aussi par Knoll, est le chlorhydrate de dihydromorphinone; c'est un isomère de la morphine, une cétone hydrogénée de cette dernière. Au point de vue clinique, ce corps a une action sédative énergique sur le centre respiratoire et surtout une action analgésique centrale extrêmement marquée. Il

est employé en injections, à doses cinq à dix fois moindres que la morphine.

Le danger de l'accoutumance, s'il n'est pas nié par les auteurs, est considéré toutefois comme moindre avec le dilaudide qu'avec les autres dérivés de la morphine.

A côté de ces produits, nous signalerons encore la *chlorodine*, médicament spécialisé dont l'usage s'est répandu en Angleterre. Il renferme, d'après LEWIN, du chloroforme, de l'éther, de la morphine et du chanvre indien et donne lieu à des phénomènes d'accoutumance avec leurs effets et leurs conséquences habituelles. Pris en ingestion, il fait nombre de victimes. Dans cette action, la morphine aurait le rôle décisif, même du point de vue moral.

Dans sa XIII^e session (octobre 1928), le *Comité d'Hygiène de la Société des Nations* a émis l'avis que le dilaudide et la péronine, de même que d'une façon générale tous les éthers de la morphine, dont la benzoilmorphine est le type, ne peuvent pas être soustraits du contrôle international sur les stupéfiants.

Éther.

L'éther ordinaire (éther éthylique) obtenu pour la première fois par VALÉRIUS CORDIUS en 1540, fut dénommé éther sulfurique par STHAL en 1731.

L'éthéromanie « intoxication scientifique, devenue fortuitement voluptuaire » (LEGRAIN) commença par les milieux médicaux, à la suite des expériences d'HUMPHRY DAVY (1795) sur les inhalations de vapeurs de

protoxyde d'azote. Vers 1842, les étudiants anglais et américains se réunissaient parfois dans le seul but de se livrer aux inhalations d'éther. Ce ne fut qu'en 1841 que JACKSON découvrit les propriétés anesthésiques de l'éther. SIMPSON le préconisa en 1847 aux femmes en couches. A cette époque, l'éther fut étudié par le monde médical français surtout pour l'anesthésie chirurgicale. Il passa aussi dans la thérapeutique médicale comme analgésique et stimulant. L'emploi trop large qu'on en fit, au début, donna naissance à des cas d'éthéromanie. Les ouvrages en prose et en vers de GRANIER DE CASSAGNAC, de BARTHÉLEMY et d'autres qui célébrèrent les « extases » de l'éther diffusèrent la connaissance de cette nouvelle intoxication.

En Angleterre et surtout en Irlande, l'éthérisme conquit rapidement les classes populaires et prit les formes d'une véritable épidémie. Ainsi à Draperstown (district de Londonderry) en 1855 il existait en moyenne un débit d'éther par 23 habitants. Une fabrication intense fournissait l'éther à bas prix : hommes et femmes en usaient et on le donnait même aux enfants. Dans le Nord de l'Irlande l'éther arriva à détrôner le whisky. Les foires étaient, d'après DRAPER, le paradis des éthéromanes. On buvait un mélange d'éther sulfurique, d'alcool et autres composés, d'un prix moindre que l'alcool et qui procurait une ivresse rapide. D'après BELUZE, cette extension de l'éthérisme en Irlande fut une conséquence de la campagne menée par le clergé catholique contre le whisky. Les catholiques irlandais abandonnèrent l'alcool pour l'éther et l'on disait que l'odeur

de l'haleine suffisait à faire reconnaître la religion : l'alcool caractérisait le protestant, l'éther le catholique.

Les classes aisées et la noblesse en faisaient aussi usage et en 1855 on trouvait encore aux courses hippiques d'Epsom, en Angleterre, parmi les bouteilles de champagne et autres grands vins vidés sur place, un certain nombre de petits flacons d'éther (BELUZE).

L'éthérisme fit de tels progrès que le synode de l'Eglise irlandaise demanda au Parlement la réglementation du trafic de l'éther et des mesures propres à en restreindre l'abus.

Une autre épidémie d'éthérisme fut signalée dans certaines régions de l'Allemagne, à la suite de l'augmentation de l'impôt sur l'alcool, en 1887 (BASQUE, Thèse, Lyon 1907). L'éther, moins cher, prit la place de l'alcool et on consomma en 1897 dans le cercle de Memel, en Prusse Orientale, 8.580 litres d'éther. Des épidémies semblables ont été décrites avant la guerre en Galicie russe, ainsi qu'en Norvège, où l'usage de l'éther paraît encore être aujourd'hui assez largement répandu. On a de même signalé récemment en Roumanie, dans certaines régions, à la campagne, la consommation de l'éther en divers mélanges alcooliques. Ces faits ont motivé le classement de l'éther « pur ou mélangé à toutes autres substances destinées à usage interne » parmi les stupéfiants visés par la loi roumaine du 12 avril 1928.

En France, l'éthérisme n'a pas pris terrain dans les classes populaires. Il sévissait avant la guerre surtout dans les ports et on connaissait à Rochefort et à Toulon

« les cuites à l'éther ». Nombre d'officiers de marine en usaient. L'association d'opium et d'éther était fréquente.

L'éther est pris en inhalations ou en ingestion, pur ou mélangé à des boissons diverses, plus rarement sous forme de sirop ou de perles. Si l'usage prolongé produit l'accoutumance, l'état de besoin serait très peu marqué et même nul, de l'avis de la plupart des auteurs. De ce fait, la toxicomanie par l'éther serait conditionnée plus que les autres, par le déséquilibre psychique de l'intoxiqué. L'éthéromanie serait ainsi fonction de la dégénérescence mentale.

Les amateurs recherchent l'action enivrante ou excitante de l'éther, son action aphrodisiaque. A ce titre, l'intoxication est répandue dans le monde du plaisir; les couples d'amants ou de saphistes le recherchent comme excitant commun (DUPRÉ et LOGRE). Tout en cachant leur vice à cause de l'odeur du médicament, les éthéromanes se réunissent souvent en cercles ou cénacles. Parmi les causes habituelles de toxicomanie, la contagion sous toutes ses formes est à mettre ici au premier plan. Elle s'exerce habituellement par les femmes éthéromanes, plus nombreuses que les hommes.

L'usage de l'éther est encore répandu dans la famille médicale et chez les gens de lettres.

L'éthérisme résultant d'une prescription thérapeutique est, actuellement, bien rare. Il est à signaler que des pansements répétés à l'éther peuvent produire quelquefois, comme nous avons eu l'occasion de l'observer, un certain degré d'accoutumance. Par contre, l'anesthésie éthérique n'amène aucune habitude.

De nos jours l'éthérisme pur est plus rare; il s'associe maintenant aux autres intoxications en faveur et son extension s'est ainsi parallèlement accrue. Enfin « la guerre l'a vulgarisé par la distribution aux troupes de la fameuse *gniole* qui recélait l'éther » (LEGRAIN). L'agressivité produite par l'éther a été mise à profit d'un côté et de l'autre des fronts de bataille.

Au point de vue social, l'éthérisme présente des dangers particuliers, car il confère aux obsessions et aux impulsions un caractère violent et agressif (DE CLERAMBAULT). Il peut être enfin cause de suicide involontaire, l'éthéromane tombé dans le sommeil anesthésique continuant à inhaler les vapeurs meurtrières.

Cocaïne.

Le cocaïnisme a son berceau dans l'Amérique du Sud. *L'Erythroxylon Coca*, arbuste considéré par les indigènes comme une plante divine, pousse notamment dans le Pérou, le Chili, le Brésil, ainsi que dans les Indes Britanniques et Néerlandaises. Depuis des temps immémoriaux, les Indiens utilisaient les feuilles de coca comme une panacée, propre à combattre la fatigue, la faim, l'ennui, le mal des montagnes... Les chiqueurs de coca, « les coqueros », sont encore très nombreux de nos jours.

L'alcaloïde principal contenu dans ces feuilles, la cocaïne, fut isolé en 1859 par ALBERT NIEMANN de Göttingen. Le nouveau médicament commença à être utilisé à partir de 1884 en oto-rhino-laryngologie, en

oculistique et en chirurgie pour l'anesthésie locale.

Mais la cocaïnomanie a pris naissance bien avant les applications médicales de la cocaïne. En effet, en 1878, un médecin américain BENTLEY vanta les heureux résultats obtenus dans le traitement de la morphinomanie par des injections de cocaïne. Cette méthode semble avoir été adoptée alors dans tous les asiles privés d'Amérique et BOUDOY publia un travail sur la cocaïnomanie à laquelle elle donnait naissance, passion beaucoup plus grave que le morphinisme et l'alcoolisme (MAIER). L'idée fut reprise pourtant en Allemagne par OBERSTEINER en 1884. PICHON et GRASSET, en 1886, la préconisèrent en France. ERLÉNMEYER combattit violemment ce traitement néfaste qui vulgarisait une drogue bien plus dangereuse que la morphine et ne faisait que transformer les morphinomanes en morphino-cocaïnomanes ou cocaïnomanes. « Réussir à remplacer la morphine par la cocaïne, disait ERLÉNMEYER, ce serait remplacer Satan par Belzébuth. »

Cette grave erreur médicale détermina des cas de morphino-cocaïnomanie qui se multiplièrent, car la méthode fut appliquée encore assez longtemps, surtout en Amérique et en Angleterre. L'injection de cocaïne fut encore adoptée par de nombreux morphinomanes soit dans un but anesthésique, soit dans un but de stimulation. Cette association toxique était fréquente particulièrement dans les milieux médicaux et nous avons donné des dates statistiques à ce sujet. Ainsi le Pr BROUARDEL pouvait dire en 1906 que c'est par la morphine, que l'on arrive à la cocaïne.

D'autres cas résultèrent, les années suivantes, de l'emploi thérapeutique de la cocaïne en solution, en poudre ou pommades dans les affections nasales, laryngées ou oculaires. On s'aperçut des dangers que présentait l'alcaloïde et LERMOYEZ disait en 1894 : « Gare à la cocaïne ! » D'autres cas d'intoxication chronique souvent involontaire se produisirent par l'emploi de solution pour aspiration nasale : certaines spécialités en vogue titraient à 1-2 % de cocaïne. De même, le vin à la coca était en faveur, notamment chez les femmes, souvent de la meilleure société (GAUBERT).

Mais c'est aux environs de l'année 1910 que la cocaïnomanie, intoxication purement volontaire, empruntant une technique nouvelle, la prise nasale, commença à faire des progrès inquiétants à Paris, à ce point qu'elle est devenue aujourd'hui sans conteste la toxicomanie la plus répandue. Elle est en même temps la plus dangereuse au point de vue de ses conséquences individuelles et sociales.

Partie d'un petit clan de déséquilibrés et de désœuvrés, particulièrement des milieux artistiques d'avant-garde, l'intoxication gagna d'abord le monde de la noce de Montmartre, où elle prit avant la guerre les formes d'une véritable épidémie. La cocaïne était offerte ouvertement partout et le Pr GUILLAN confirmait le fait que dès 1912 la moitié des prostituées de Montmartre étaient des cocaïnomanes.

Le danger devint si grand qu'il provoqua le vote de la loi de 1916. Dans les années qui ont suivi la guerre, l'intoxication conquiert tous les pays, grâce à la surpro-

duction et à la diffusion de la drogue qui trouvait, dans ces temps de bouleversement social, la plus grande clientèle. Des épidémies furent signalées en Italie en 1920, en Allemagne et en Autriche pendant la période révolutionnaire des années 1918-1919, en Espagne, en Angleterre et en Amérique.

L'intoxication volontaire par la cocaïne sévit depuis à l'état endémique et fait des progrès.

L'étiologie de la cocaïnomanie reconnaît toutes les causes prédisposantes et occasionnelles que nous avons décrites. Mais son extension si rapide et si considérable fut surtout le fait des causes occasionnelles. Si l'étiologie de la morphinomanie est dominée par la prescription médicale et l'élément professionnel, celle de la cocaïnomanie reconnaît l'influence prépondérante de la contagion et du trafic de la drogue. Dans les qualités propres à la drogue elle-même, il faut incriminer la prompte exaltation qu'elle provoque, l'accoutumance qui est des plus rapides. C'est parmi les toxicomanies, celle qui s'installe le plus rapidement, qui nécessite le moindre entraînement. Un autre facteur qui a contribué à sa diffusion a été la commodité de la technique : la simple prise, à la portée de tous, si facile d'autre part à dissimuler, a vite fait de remplacer chez les prédisposés l'attirail plus ou moins compliqué nécessité par l'opiomane ou la morphinomanie par exemple. Et combien grande est la tentation du simple geste procurant le bonheur.

La *contagion* sous toutes ses formes, favorisée par la mode et le snobisme, est dominante. « La folie toxi-

que à deux et à plusieurs a trouvé sa vraie formule dans la cocaïnomanie. La « coco » n'est pas ennemie d'une certaine sociabilité; si cela l'éloigne un peu de la morphine, cela la rapproche de l'alcool» (LEGRAIN). Le cocaïnomane est en effet par excellence le toxicomane prosélyte et c'est pour cela qu'il est redoutable. La contagion s'exerce particulièrement par les femmes car, en France, c'est surtout une intoxication féminine. Elle est extrêmement répandue dans les milieux des demi-mondaines et des prostituées qui recherchent dans le poison l'oubli et aussi l'excitation sexuelle qu'il produit.

Les clubs de cocaïnomanes sont des plus fréquents et font nombre de victimes (V. obs. XLII.) Un malade de MAIER faisait partie d'un club de cocaïnomanes de Zurich qui comptait 100 membres. Dans ce club on se livrait à l'usage de la cocaïne en s'entourant de certaines cérémonies dont les participants s'engageaient sur l'honneur à ne pas révéler la nature. Chaque membre avait le devoir de recruter de nouveaux adhérents en se portant garant de leur discrétion. Sur les 35 observations de MAIER que nous avons analysées, il n'y avait que trois dans lesquelles la cocaïnomanie avait résulté d'un usage thérapeutique. Par contre, 23 malades avaient succombé à la drogue par contagion, imitation ou étant entraînés par d'autres intoxiqués. La prescription médicale ne se trouve pour ainsi dire jamais dans les cas actuels de cocaïnomanie.

A côté de la contagion par l'exemple et la mode, la surproduction de la cocaïne et son trafic jouent un rôle

considérable en entretenant et en propageant le mal.

La production de feuilles de coca est passée pour le Java, par exemple, de 26.000 kgr. en 1904 à 1.700.000 kgr. en 1920 ; l'exportation de la cocaïne brute s'est accrue de la même manière (LEWIN).

La facilité de dissimuler la poudre et les bénéfices énormes que procure sa vente clandestine ont fait que, malgré la législation sévère en vigueur, le trafic n'a fait qu'augmenter. En France, la cocaïne introduite en fraude provient de l'Allemagne ou de la Suisse. De puissantes organisations l'expédient sous toutes sortes de truquages, sous le couvert des maisons d'exportation et autres, par le train, par l'avion, par tous les moyens imaginables. Dans les premiers temps de la cocaïnomanie, c'était par l'intermédiaire des pharmaciens, des garçons de laboratoire, des étudiants, que les intoxiqués se procuraient la drogue. Depuis que la maladie a pris des proportions et depuis les mesures répressives, tout un commerce s'est organisé dans l'ombre. Le trafic est fait par des spécialistes, des hommes de métier possédant souvent des moyens considérables. La précieuse « coco » est écoulée ensuite par l'intermédiaire des souteneurs, de chasseurs de restaurants et de boîtes de nuits, des gardiennes de lavabos, des bonnes et garçons d'hôtel, etc. Nombre de trafiquants sont eux-mêmes des cocaïnomanes.

Un trafic intense de cocaïne a été fait par l'intermédiaire de l'armée d'occupation de la Rhénanie.

On dissimule la poudre par tous les moyens, dans les cachettes les plus ingénieuses et les plus invraisem-

blables. COURTOIS-SUFFIT et GIROUX dans leur monographie *La Cocaïne* et V. CYRIL et D^r BERGER dans *La « coco »*, *poison moderne* ont donné de pittoresques descriptions, prises sur le vif, des ruses innombrables employées à Paris par les trafiquants et des milieux où sévit la passion. Les centres parisiens les plus contaminés sont, d'après CYRIL et D^r BERGER : 1^o Montmartre avec ses établissements de nuit et leur état-major de chasseurs, maîtres d'hôtel, garçons de salles, tenancières, qui tous spéculent plus ou moins sur la drogue... 2^o Le Quartier des Halles avec ses comptoirs et ses caveaux... 3^o Le Quartier Latin, dont le personnel hospitalier, bien placé pour s'approvisionner, répand la drogue parmi les étudiants qui en prennent avec leur fougue inconsciente pour accroître leur potentiel orgiaque, et jouent ainsi avec le feu. 4^o Les Quartiers avoisinant l'Etoile où, dans certains « privées » ignorés de la police, on se livre aux délices du cocaïnisme collectif.

Partie des centres de débauche, la passion de la cocaïne s'est répandue partout et CYRIL et D^r BERGER la montrent dans leur enquête dans les milieux les plus divers : le monde de la noce, les déchus, les pédérastes fournissent un grand nombre d'intoxiqués. Chez les intellectuels aussi la cocaïne est aujourd'hui le stupéfiant le plus en honneur : aussi bien chez les poètes et les romanciers, que chez les peintres, les artistes lyriques et dramatiques, même chez les politiciens et les orateurs qui lui demandent l'excitation, l'ivresse lucide, un supplément d'esprit. La cocaïne est l'alcool des intellectuels (MARCEL BRIAND). Le Music-hall et les cafés-concerts

sont souvent des foyers de toxicomanie où la cocaïne prédomine. Une cause particulière de toxicomanie est celle résultant de l'usage fait par des artistes de cinéma de collyres à la cocaïne pour accroître les qualités photographiques du regard.

La famille médicale compte aussi de nombreux cocaïnomanes. A côté de la morphine, la cocaïne est mise à profit pendant les concours et les examens.

Au *VIII^e Congrès de Médecine légale* (Paris, 1923) où la question des stupéfiants fut discutée, DERVAUX signalait, parmi d'autres sources de contagion en France, l'apport de la cocaïne par les ouvriers polonais, par l'armée française d'Orient, surtout de Syrie. SOREL remarqua que les aviateurs sont des propagateurs de l'intoxication. MARCEL BRIAND soulignait la pénétration de la cocaïne dans les milieux scolaires et la découverte récente d'un cénacle de priseurs fréquenté par des enfants, dont certains avaient à peine 15 ans. Enfin le Professeur BALTHAZARD attira l'attention sur les rapports de la cocaïnomanie avec l'homosexualité. « Souvent en effet, dit le Professeur BALTHAZARD, dans certains milieux d'esthètes, aviateurs, artistes, comédiens, où l'on professe un certain mépris pour les mœurs populaires, l'alcool paraît un poison trivial que l'on délaisse. La cocaïne constitue un poison plus élégant; grâce à la communauté du goût pour les toxiques, s'ébauchent dans certains milieux des relations qui se terminent par des liaisons homosexuelles. »

Dans une note à l'Académie de Médecine (18 juillet 1922) COURTOIS-SUFFIT et GIROUX dénonçaient le nombre

toujours grandissant des cocaïnomanes et de leurs pourvoyeurs. Ils donnaient le tableau suivant des arrestations effectuées à Paris par la police judiciaire pour des infractions à la loi de 1916, concernant des affaires de cocaïne :

1916	.....	53 arrestations	
1917	.....	42	—
1918	.....	67	—
1919	.....	59	—
1920	.....	151	—
1921	.....	212	—

On peut constater que le nombre des arrestations a quadruplé de 1916 à 1921.

Nous avons noté la fréquence de l'association toxique héroïne-cocaïne. Rappelons enfin que, dans les dernières années, on a rapporté nombre de cas mortels par intoxication cocaïnique. Généralement, c'est la qualité du stupéfiant, variant d'après la provenance, qui est en cause. La drogue est en effet habituellement maquillée avec de l'acide borique, du lactose, etc. Une dose égale de cocaïne pure venant à être absorbée, peut produire une dépression brutale, souvent mortelle.

Toxiques divers.

Chanvre indien. — Le chanvre indien, sous forme d'huile provenant des graines de *cannabis indica*, ou de haschisch extrait complexe, est fumé depuis des siècles par des populations entières dans l'Afrique du

Nord et de l'Est, dans l'Arabie, ainsi que dans l'Inde. D'autres foyers se trouvent dans la Turquie, la Crète, la Syrie. Le cannabisme est la toxicomanie dominante du continent noir.

En Europe, le haschisch a fait peu d'adeptes. Il fut en faveur vers 1844 dans les milieux littéraires parisiens, quand le Club des Haschischins tenait ses assises à l'Hôtel Pimodan, dans l'île Saint-Louis. Baudelaire, Théophile Gautier donnèrent des descriptions colorées et exactes des effets de la drogue. On consommait le haschisch en ce temps sous forme de confiture, le *dawamesk*, mélange d'extrait de chanvre et de substances aromatiques. Il est encore employé de nos jours surtout par des polytoxicomanes, soit sous cette forme, soit mélangé avec du tabac à fumer. L'usage très restreint qu'on fait en thérapeutique de l'extrait de chanvre indien ne permet pas de parler d'une toxicomanie suite de cet emploi. Rappelons que l'intoxication chronique produit des troubles psychiques graves et qu'au point de vue social le danger du cannabisme n'est pas moindre que celui de l'alcoolisme : criminalité, délinquance, suicide (LEGRAIN).

Le haschisch figure dans les statistiques officielles des asiles d'aliénés d'Orient comme un agent étiologique reconnu (A. HESNAUD). Les haschischins forment 27 % de la clientèle de l'asile du Caire.

Les hypnotiques méritent une place en marge des toxicomanies médicamenteuses. En effet, la plupart des toxicomanes, souffrant d'insomnie, font

appel aux hypnagogues. D'autre part, la vie mouvementée d'après la guerre a produit un nombre considérable d'inquiets et d'instables nerveux, candidats aux hypnotiques et qui en font souvent un usage régulier. Le problème de l'accoutumance toxique se pose pour tous ces médicaments.

Les plus répandus sont maintenant les dérivés uréiques ou barbituriques et les dernières années ont vu surgir quantité de produits nouveaux. « Les efforts tentés pour restreindre la consommation des substances narcotiques, — remarque avec justesse LEWIN, — trouvent un sérieux obstacle dans l'activité de certaines fabriques de produits chimiques ayant à leur service tout un état-major de médecins et même de philologues pour leur littérature de propagande. » On affirme souvent que ces produits ne sont pas toxiques. LEWIN met en garde le public médical contre ces affirmations. « Il n'est aucun hypnotique, dit-il, dont l'usage prolongé soit sans danger et les médecins devraient être les premiers à prendre à cœur de ne pas accroître le mal, assez développé déjà, que cause l'usage habituel des substances hypnotiques ».

Le chloral est un des hypnotiques des plus anciennement employés. Son usage prolongé produit l'accoutumance et la chloralomanie a été signalée de longue date. Il est souvent employé par des polytoxicomanes. Nous en avons présenté un cas parmi nos observations. L'intoxication chronique produit

les troubles les plus graves et expose à la mort subite.

Le véronal (acide diéthylbarbiturique ou diéthylmalonylurée) ouvre la série des dérivés barbituriques, dont les plus utilisés actuellement en France sont le *dial* (diallylbarbiturique), le *sonéryl* (butyl-éthylbarbiturique), le *gardénal* ou *luminal* (phényl-éthylbarbiturique) le *proponal* (dipropylbarbiturique), le *comital*, le *rutonal*... Le *somnifène* est un isopropylallylbarbiturique associé au véronal et dissout dans de la diéthylamine.

Il est incontestable que tous ces produits sont maintenant largement employés par nombre de personnes, en dehors de la prescription médicale. La question de savoir si l'usage prolongé des barbituriques produit la toxicomanie est discutée. A. TARDIEU soutient que le véronalisme ne présente jamais les phénomènes caractéristiques connus sous le nom d'accoutumance, d'état de besoin, etc. Il note la fréquence actuelle de l'intoxication aiguë due presque toujours à une tentative d'empoisonnement-suicide, qui se répand dans les classes populaires et fait remarquer que, lorsqu'un toxicomane décide de s'empoisonner par un médicament hypnotique, il lui associe les stupéfiants auxquels il est accoutumé. A. TARDIEU conclut à ce sujet que les toxicomanes absorbent volontiers des doses toxiques d'hypnagogues sans que l'on puisse pour cela décrire une toxicomanie au véronal.

Par contre, LEWIN affirme que l'usage prolongé

du véronal peut produire l'accoutumance avec progression des doses et que, comme tous les toxiques du cerveau, il donne lieu à de l'euphorie.

Le Professeur ACHARD, J. MOUZON et SIG. BLOCH, dans une communication à l'Académie de Médecine (30 juin 1925), font remarquer, — à propos de cinq cas d'empoisonnement par le véronal, le dial et le gardénal, — qu'il existe aussi un barbiturisme chronique et « s'il est vrai qu'il y a des différences entre l'opiomanie et la morphinomanie d'une part, et le barbiturisme de l'autre, parce que ce dernier ne crée pas l'état de besoin, il semble néanmoins que certains toxicomanes ne peuvent se passer de drogues barbituriques et que ces remèdes servent ainsi d'aliment à leur toxicomanie ». Les auteurs demandent, à propos de la fréquence de ces empoisonnements, l'inscription des barbituriques sur la liste des stupéfiants, dont la vente est réglementée par le décret de 1916, conformément aux vœux plusieurs fois exprimés par l'Académie.

Rappelons à ce sujet que l'Académie de Médecine (séance du 13 janvier 1925), invitée par le Ministre de l'Hygiène à faire connaître son opinion sur un vœu de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux tendant à l'interdiction de la vente au public du somnifène et du dial sans ordonnance médicale, a conclu, sur un rapport de GUIGNARD, que, le débit de ces préparations étant régi par l'article 32 de la loi du 21 Germinal an XI, la vente ne peut être faite au public que sur ordonnance médicale.

Le Professeur BALTHAZARD appuyant ces conclusions a précisé que les prescriptions de l'article cité sont toujours en vigueur et que les pharmaciens, lorsqu'ils délivrent sans ordonnance des substances médicamenteuses, même sous forme de spécialités, engagent leur responsabilité civile et pénale.

Les *bromures*, le *bromural* peuvent produire aussi une certaine accoutumance. L'usage des hypnotiques est particulièrement répandu parmi les femmes.

Parmi les toxiques médicamenteux plus rarement utilisés par les toxicomanes, toujours pour obtenir une action sédatrice ou hypnagogue, nous citerons encore la *jusquiame*, la *belladone* avec ses alcaloïdes, l'*atropine* et l'*hyosciamine*, qui sont presque exclusivement le triste apanage des médecins adonnés aux drogues. L'usage prolongé de la *scopolamine* peut donner naissance à une véritable scopolaminomanie. PAULIAN et TOMOVICI ont signalé en 1922 à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris cette nouvelle toxicomanie à propos de deux cas observés chez des parkinsoniens qui avaient subi un long traitement par des injections sous-cutanées. Il est utile de rappeler ce fait, car la scopolamine a été préconisée dernièrement dans le traitement médicamenteux du morphinisme, en particulier par FRANK H. CARLISTE (de Norfolk).

CHAPITRE III

LES TOXICOMANIES ET LA SOCIÉTÉ

Ce fut surtout pendant la guerre franco-allemande de 1870, que l'usage des injections thérapeutiques de morphine se généralisa et fit de nombreux adeptes. La diffusion de l'intoxication cocaïnique, surtout en prise nasale, ne commença à se faire que peu de temps avant la dernière guerre. Ces deux principales intoxications, avec tout le cortège des poisons accessoires, se diffusèrent tellement dans les dix dernières années, qu'on signala, en de nombreuses contrées d'Europe, à la suite de l'armistice, de véritables épidémies de toxicomanie.

Y-a-t-il donc vraiment un péril toxique ?

Les toxicomanies constituent-elles par leur diffusion et par leurs ravages une atteinte de la santé publique ?

Quelques chiffres nous le montreront mieux que toute autre démonstration. Dans l'Etat de New-York on évaluait, — d'après les publications du Service d'Hygiène, — en 1915 le nombre de personnes s'adonnant aux stupéfiants à 100.000. Il était établi alors que 10 % des criminels déférés aux tribunaux devaient leur déchéance morale à l'usage de l'opium et de la cocaïne. Enfin, des chiffres officiels récents, produits à la Conférence de l'Opium tenue à Genève en 1924-25, mon-

trent « que dans l'augmentation récemment constatée de la criminalité aux Etats-Unis on compte plus de 90 % d'héroïnomanes ».

D'après les statistiques recueillies par H. W. MAIER dans les cliniques psychiatriques universitaires d'Allemagne et d'Autriche les cocaïnomanes, qui représentaient en 1913 1,75 %, à Berlin et 1,5 % à Vienne du nombre total des hospitalisés, représentaient en 1924 13 % pour Berlin et 9,75 % pour Vienne.

Enfin chez les prévenus dans les prisons de Bruxelles le pourcentage des toxicomanes atteignait, d'après L. VERVAECK, 5 % pour la période de 1919 à 1924.

En France, on admettait pour Paris, d'après L. LEWIN, environ 50.000 morphinomanes, c'est-à-dire un pour 40 habitants, avant la guerre. Ce chiffre est manifestement exagéré. Nous avons vu pourtant que de nombreux toxicomanes se présentent pour la désintoxication à l'hôpital Henri Rousselle et que leur nombre est en augmentation. Un autre document ressort des chiffres officiels concernant le nombre des arrestations à Paris¹ pour des infractions à la loi de 1916 sur les stupéfiants :

Arrestations

1917	....	52
1918	....	82
1919	....	94
1920	....	152
1921	....	272

1. Lettre du Préfet de Police au Président de la Ligue d'Hygiène mentale, in. art. P. Cazeneuve, *Lyon Médical*, 10 et 25 janvier 1923.

Condamnations prononcées.

1917-1919 : La moyenne est de 6 mois d'emprisonnement et de 500-1000 francs d'amende.

1919 : 6-8 mois et 1000-2000 francs.

1920 : 6 mois-2 ans et 1.000-10.000 francs.

1921 : 3-6 mois pour les acheteurs ; 1 an à 2 ans et 1.000-5.000 francs pour les trafiquants.

Quantités de stupéfiants saisies.

1920 : 65 kgr. cocaïne, 15 kgr. morphine et 45 kgr. opium.

1921 : 23 kgr. 437, cocaïne, 3 kgr. 012 morphine, 0 kgr. 023 héroïne, 17 kgr. 075 opium.

1922 (jusqu'au 31 oct.) : 19 kgr. 805 cocaïne, 0 kgr. 597 morphine, 0 kgr. 010 héroïne, 0 kgr. 005 haschisch et 13 kgr. 216 opium.

Aux yeux des familles et de nombre de médecins, les toxicomanes sont considérés souvent comme des « vicieux », auxquels il faut bien pardonner leur penchant. Si on peut arriver à la toxicomanie par une tendance vicieuse ou par pur vice, mais de quelque manière qu'on y arrive, les toxicomanes sont des malades dans toute l'acception du mot et doivent être soignés comme tels. Ils sont atteints dans leur physique, par des troubles plus ou moins graves, atteints dans leur psychique et dans leur volonté surtout. Et ceci est une notion de première importance : « le narcotisme agit physiologiquement sur l'organisme lui-même et y provoque des réactions entièrement indépendantes de toute volonté » (H. PALARDY).

De plus, la plupart des malades font des efforts incessants et infructueux pour se débarrasser d'une habitude qui leur pèse. « Incompatible avec la résistance de l'individu et de l'espèce, la toxicomanie, par ses conséquences ultimes autant que par ses affinités psychologiques, équivaut à une forme indirecte et atténuée du suicide » (LOGRE).

Ce fut un immense progrès social, dit Legrain, que de découvrir scientifiquement que l'appétence pour les stupéfiants était une maladie.

Mais c'est une *maladie sociale*; les raisons, moins nettes que pour les grandes narcomanies comme l'alcoolisme ou l'opiomanie surtout, n'en sont pas moins sûres. Des raisons thérapeutiques ont eu une part dans l'extension du mal; la contagion a un rôle immense et nombre des raisons qui favorisent l'éclosion de la toxicomanie résultent de l'organisation sociale. La guerre avec toutes ses misères, ses souffrances physiques et morales, ses privations, a été comme en 1870 un facteur important de diffusion. La vie dure d'après la guerre, la misère économique, la lutte de plus en plus acerbé pour l'existence, à laquelle pousse le mécanisme de la vie actuelle, ont demandé à d'innombrables individus un surcroît d'énergie et les ont poussés, par déviation et désespoir, dans la voie des toxicomanies. On cherche des bonheurs artificiels quand on n'a pas de bonheur chez soi. La migration vers les villes qui a suivi la Grande Guerre, le nombre si grand de proscrits d'émigrés, la rationalisation du travail demandant de plus en plus des spécialisations, les grands progrès techniques,

qui ont surgi du fait de la guerre et pour en réparer les désastres, ont jeté d'un grand bond en avant une humanité qui est encore en train de s'adapter à une vie nouvelle. Le nombre des épuisés, des déclassés, des inadaptés s'est accru ainsi dans des proportions considérables, fournissant un contingent des plus importants de candidats aux attrait du bonheur qu'on peut acheter « en bouteille » ou, mieux, en poudre. Le relâchement des mœurs, la soif de vivre une vie plus intense, toute la mentalité d'après-guerre sont d'autres raisons qui s'ajoutent à celles que nous venons d'énumérer.

Et de ce fait, ce sont surtout les poisons sthéniques, en particulier la cocaïne, la plus dangereuse dans ses effets, qui se sont répandus le plus.

Si donc toutes sortes de raisons d'ordre psychologique, sociologique, économique, expliquent l'extension des toxicomanies, si la pratique médicale est responsable d'un grand nombre de cas, si la littérature a aussi une influence certaine en vantant les effets des drogues, il y a un autre problème capital : c'est la *surproduction des alcaloïdes stupéfiants*. D'après EM. PERROT, délégué du Gouvernement Français à la Conférence Internationale de l'opium à Genève en 1924-25, « il est acquis que la surproduction des alcaloïdes stupéfiants serait peut-être de 80 % de la fabrication mondiale et que, par conséquent, jetée sur le marché pour le trafic illécite, cette masse formidable constitue le danger primordial. » Voilà un problème économique et social de premier ordre, gros de conséquences en ce qui concerne la santé publique et dont la solution n'est certes pas facile.

Si la toxicomanie est par ses causes une maladie sociale, elle l'est encore plus par ses effets.

Ses victimes, nous l'avons vu, appartiennent aujourd'hui à toutes les classes de la société. Il ne s'agit donc plus, comme autrefois, d'un mal cantonné dans quelques catégories sociales, mais d'une maladie sociale, d'un danger pour la santé publique.

Si les toxicomanies atteignent les individus par la « faillite de leur volonté », par la destruction de l'affectivité et du sens moral, et, au point de vue physique, par leur déchéance progressive et par le défaut de résistance aux maladies intercurrentes, pour lesquelles ils sont une proie facile, — elles atteignent aussi la race. Rareté des grossesses, fréquence des avortements, naissance d'enfants dégénérés, voici le bilan des effets nocifs des toxicomanies sur la natalité et la descendance.

Les pertes individuelles, — provoquées par les toxicomanies, — constituent un total impressionnant quand on les considère dans leur ensemble. Le rendement social est considérablement diminué par l'appauvrissement de la valeur et de l'activité de ces malades, qui deviennent rapidement des charges pour leur famille et pour la société.

Les réactions que présente le toxicomane comprennent tous les degrés allant du simple mensonge jusqu'au crime. L'abolition du sens moral et en même temps la crainte de l'état de besoin poussent le toxicomane aux pires actes pour se procurer la drogue devenue indispensable. Il perd tout sens moral, tout sens de responsabilité, oublie souvent sa dignité d'homme et, après

avoir épuisé, comme cela arrive souvent, toutes ses ressources, il est capable de recourir au faux, à l'escroquerie, au vol, à la prostitution-même, pour ne pas être privé de sa drogue.

« Tous les poisons de l'intelligence sont une source abondante d'actes redoutables pour la vie privée et pour la vie publique, par annihilation du pouvoir supérieur de contrôle, par libération de l'automatisme et, par conséquent, par affaiblissement progressif de la réflexibilité consciente et logique, dite volontaire » (LEGRAIN).

En ce qui concerne la criminalité des toxicomanes on peut distinguer avec SOLIER :

1° Les réactions produites par les *intoxications excitantes*, provoquées par l'alcool, la cocaïne, l'éther... qui s'accompagnent surtout de confusion mentale et de délire plus ou moins panophibique. Sous leur influence, l'intoxiqué commet des actes dangereux pour lui et autrui : meurtre, suicide, incendie. Le cocaïnomanes est encore plus agressif que l'alcoolique.

2° Les *intoxications stupéfiantes* produites par l'opium et ses dérivés provoquent simplement de l'*inhibition idéo-motrice*, amenant un état d'inertie. Elles n'entraînent pas des réactions directement criminelles; cependant l'état de besoin pousse le sujet aux pires entreprises pour se procurer le toxique : vols, abus de confiance, escroqueries, etc... Avec la chronicité, ces toxiques déterminent la déchéance intellectuelle du sujet et, à cette période tardive de l'intoxication, ses actes anti-sociaux « sont plus fonction de sa misère sociale que de l'impulsion du toxique sur sa mentalité ».

CHAPITRE IV

LA LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES

En face de l'extension toujours grandissante et des ravages produits par les toxicomanies, on s'est préoccupé dans presque tous les pays d'enrayer par des mesures législatives l'étendue du mal. Nous donnons ci-dessous un aperçu sur quelques législations actuellement en vigueur.

La FRANCE a mis en œuvre la première une législation qui est des plus sévères. Elle comprend la *Loi du 12 juillet 1916*, le *Décret du 14 septembre 1916*, portant règlement d'administration publique pour l'application de cette loi, et la *Loi du 13 juillet 1922*.

Le Préambule du Décret du 14 septembre 1916 déclarait entre autres :

« Les circonstances actuelles rendent plus nécessaires et plus urgentes que jamais des mesures spéciales pour contrôler partout et par tous les moyens le commerce des stupéfiants et réprimer les abus avec la dernière énergie. C'est à cette préoccupation qu'a obéi le Parlement en votant la loi du 12 juillet 1916; il s'agit d'une question d'intérêt national au premier chef,

L'emploi abusif de l'opium et surtout celui de la morphine et de la cocaïne, a pris de telles proportions dans les dernières années que l'opinion publique s'est émue de l'inefficacité de notre législation pour enrayer ce fléau. L'interdiction absolue de la vente de ces toxiques n'est pas possible, car ce sont, dans certains cas, de merveilleux médicaments rendant les plus grands services à l'art médical; mais il est indispensable, pour empêcher leur emploi illicite, que la circulation et la vente de ces toxiques soient soumises à un contrôle rigoureux dès leur entrée en France, et assujetties à des formalités qui s'opposent à leur délivrance autrement que sur le vu d'une prescription médicale, visant personnellement et seulement à une époque donnée, un malade déterminé. »

Voici le texte de la loi de 1916 :

Loi du 12 juillet 1916, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne.

Art. unique. — La loi du 19 juillet 1845 sur les substances vénéneuses est modifiée et complétée comme suit :

Art. premier. — Les contraventions aux règlements d'administration publique sur la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses, sont punies d'une amende de cent à trois mille francs (100 à 3.000 fr.) et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, ou de l'une ou de l'autre de ces deux peines seulement.

Art. 2. — Seront punis d'en emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de mille à dix mille francs (1.000 à 10.000 fr.) ou de l'une de ces peines seulement ceux qui auront contrevenu aux dispositions de ces règlements concernant les stupéfiants tels que opium brut et officinal; extrait d'opium; morphine et autres alcaloïdes de l'opium (à l'exception de la codéine), leurs sels et leurs

dérivés; cocaïne, ses sels et dérivés: haschisch et ses préparations.

Seront punis des mêmes peines ceux qui auront usé en société des dites substances ou en auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen.

Les tribunaux pourront, en outre, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée d'un à cinq ans.

Art. 3. — Seront punis des peines prévues en l'article 2 :

Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives, se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer l'une des substances vénéneuses visées au dit article :

Ceux qui, sciemment, auront, sur la présentation de ces ordonnances, délivré les dites substances, ainsi que les personnes qui auront été trouvées porteurs, sans motifs légitimes, de l'une de ces mêmes substances.

Art. 4. — Dans tous les cas prévus par la présente loi, les tribunaux pourront ordonner la confiscation des substances saisies.

Dans les cas prévus au premier paragraphe de l'article 2 et au deuxième paragraphe de l'article 3, les tribunaux pourront ordonner la fermeture, pendant huit jours au moins, de l'établissement dans lequel le délit a été constaté; si la peine d'emprisonnement est prononcée, l'établissement où le délit aura été constaté sera fermé, de plein droit, pendant toute la durée de l'emprisonnement.

Toutefois la confiscation des substances saisies et la fermeture de l'officine pharmaceutique où le délit a été constaté ne pourront être prononcées dans le cas où le pharmacien n'est qu'un gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité.

Dans les cas prévus au deuxième paragraphe de l'article 3, les tribunaux devront ordonner la confiscation des sub-

stances, ustensiles, matériel saisis, des meubles et effets mobiliers dont les lieux seront garnis et décorés, ainsi que la fermeture, pendant un an au moins, du local ou de l'établissement où le délit aura été constaté, sans, toutefois, que la durée de ladite fermeture soit inférieure à la durée de l'emprisonnement prononcé.

Art. 5. — Les peines seront portées au double en cas de récidive, dans les conditions de l'article 58 du Code pénal.

Art. 6. — L'article 463 du Code pénal sera applicable.

Art. 7. — Des décrets, qui devront être promulgués dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, détermineront ses conditions d'application à l'Algérie, aux colonies et pays de protectorat.

Art. 8. — Les articles 34 et 35 de la loi du 21 Germinal an XI demeurent abrogés.

Cette loi, font observer CYRIL et le D^r BERGER, n'atteignait que le *porteur* et non le *détenteur*. Ainsi de gros trafiquants, qui écoulaient leur marchandises par des intermédiaires, sans la véhiculer eux-mêmes, échappaient à toute sanction. Une modification introduite dans le texte de l'article 3 permet aujourd'hui de poursuivre le détenteur au même titre que le porteur.

Le trafic pourtant toujours croissant des drogues a amené, à la suite du projet L'HÔPITEAU, le vote de la *Loi du 13 juillet 1922* qui prévoit que les tribunaux devront prononcer l'interdiction de séjour, pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, contre les individus coupables d'avoir facilité à autrui l'usage des stupéfiants, soit en procurant un local dans ce but, soit par tout autre moyen.

La loi autorise en outre la police de pénétrer, à toute

heure du jour ou de nuit, dans les locaux où l'on use en société de stupéfiants et assimile ces locaux aux maisons de jeu ou de débauche assujetties à la législation de 1791.

Le décret du 14 septembre 1916 soumet l'importation, l'achat, la vente, la détention et l'emploi des substances vénéneuses à des régimes distincts selon qu'elles sont classées dans les tableaux A, B ou C annexés au décret.

Les toxiques qui nous intéressent font partie du *tableau B* qui comprend :

Opium brut et officinal.	Alcaloïdes de l'opium (à
Extrait d'opium. Morphine	l'exception de la codéine),
et ses sels. Diacétylmorphine	leurs sels et dérivés. Co-
et ses sels.	caïne, ses sels et ses dérivés.
	Haschisch et ses préparations.

Le titre II du Décret, qui se réfère aux substances classées dans ce tableau, prévoit entre autres que tous ceux qui veulent faire le commerce des dites substances ou les transformer en vue de la vente doivent en faire une déclaration spéciale, que tout achat ou cession même à titre gratuit, des dites substances doit être inscrit sur un registre spécial, coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police. D'autres mesures règlent l'importation, l'exportation et la transformation de ces substances. Voici enfin le texte des articles qui intéressent plus particulièrement la pratique médicale :

Art. 38. — Il est interdit aux pharmaciens de renouveler aucune ordonnance prescrivant des substances du tableau B soit en nature, soit sous forme de solutions destinées à des injections sous-cutanées.

La même interdiction s'applique aux ordonnances prescrivant des poudres composées à base de cocaïne ou de ses

sels et de ses dérivés et renfermant ces substances dans une proportion égale ou supérieure au centième, ainsi qu'aux ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et contenant, à une dose quelconque, des substances du tableau B.

Par dérogation à cette dernière disposition, peuvent être renouvelées les ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie stomacale et ne contenant pas plus de 12 egr. d'extrait d'opium, ni plus de 3 egr. de chlorhydrate de morphine, de diacétylmorphine ou de cocaïne.

Art. 39. — Il est interdit aux médecins de rédiger et aux pharmaciens d'exécuter des ordonnances prescrivant, pour une période supérieure à sept jours, les substances du tableau B, lorsque la composition des préparations prescrites correspond aux conditions d'interdictions édictées par l'article précédent.

L'article 40 prévoit que les médecins, vétérinaires, chirurgiens-dentistes et sages-femmes peuvent se faire délivrer par les pharmaciens des substances du tableau B destinées à l'exercice de leur profession. Ces substances ne peuvent pas être délivrées en nature et ne peuvent être cédées à leurs clients par les praticiens qui doivent les employer eux-mêmes.

Les pharmaciens ne peuvent délivrer ces substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune ou dans les communes contiguës, quand celles-ci sont dépourvues d'officine.

Rappelons enfin que les prescriptions comportant un ou plusieurs de ces produits doivent nécessairement mentionner les doses en toutes lettres et qu'elles doivent être datées et signées lisiblement par le médecin.

En *Allemagne*, une ordonnance du 20 juillet 1920 prévoit, en cas de vente illicite de stupéfiants, un emprisonnement

pouvant aller jusqu'à six mois et une amende pouvant atteindre dix mille marks-or. Mais l'exportation des stupéfiants n'était pas réglementée.

D'après MAIER, le projet officiel de 1925 d'un Code Pénal allemand consacre une section spéciale à « l'abus des substances toxiques stupéifiantes ». Conformément à l'article 335, « sera puni de deux années d'emprisonnement ou d'une amende quiconque, grâce à l'usage de boissons spiritueuses ou d'autres substances stupéifiantes, se sera mis volontairement ou intentionnellement dans un état d'ébriété incompatible avec la responsabilité et aura commis dans cet état un acte punissable. »

En Angleterre, la loi du 16 août 1920 condamne le trafiquant de stupéfiants à une amende de 200 livres et à un emprisonnement de six mois, au maximum, avec ou sans *Hard labour*. En cas de récidive, l'amende est portée à 500 livres et l'emprisonnement à deux ans. Des sanctions sévères interdisent aussi l'usage et la possession illicite de stupéfiants.

D'après VERVAECK (*VIII^e Congrès de Médecine Légale*, Paris 1923) on appliquerait en Angleterre l'amendement voté en troisième lecture (9 avril 1923) par la Chambre des Communes, renforçant les pénalités prévues par le *Dangerous Drugs Act* de 1920. Les chiffres devraient donc être doublés pour l'amende et quintuplés pour la peine de travaux forcés (100 livres, dix ans, les deux peines pouvant être cumulées).

De ce chef, la loi anglaise devient beaucoup plus sévère que les lois française et belge; cette dernière permet toutefois, en cas de récidive, de doubler le maximum de deux ans de prison et de dix mille francs d'amende.

Au Brésil. « La nouvelle législation brésilienne destinée à réprimer les vices de la cocaïne, de la morphine et de l'alcool » (3 septembre 1921) a ceci d'intéressant qu'elle

envisage le problème des toxicomanies au point de vue curatif et préventif, autant qu'au point de vue de la répression.

La loi réglemente d'abord, sous peine de sanctions sévères, la vente et la détention de substances vénéneuses et stupéfiantes qui ne peuvent être délivrées que contre ordonnance médicale.

Le chapitre II prévoit la création, sous le nom de *Sanatorium pour les Toxicomanes*, d'un établissement destiné au traitement médical et correctionnel des intoxiqués par l'alcool ou les substances inébriantes ou stupéfiantes. Ce sanatorium se divise en deux sections : une pour les internés judiciaires et une autre pour les internés volontaires. De la section judiciaire font partie les condamnés pour délit d'ivresse habituelle ainsi que les prévenus qui ont été reconnus après expertise médicale comme atteints de troubles mentaux résultant d'un abus d'alcool ou de stupéfiants. De l'autre section font partie les intoxiqués qui, comprenant la nécessité d'un traitement approprié, solliciteront leur admission et ceux dont l'internement d'urgence s'impose pour éviter la pratique des actes criminels ou une complète perdition morale, soit après une demande de la famille (dans ces deux derniers cas intervient un examen médical), soit à la demande d'un médecin légiste. Tous les internements sont faits par décision judiciaire qui tient compte de l'expertise médicale. Enfin, en toute occasion, l'interné, ou son défenseur, a le droit de réclamer un examen médical ainsi que d'interjeter appel contre la décision d'internement. L'instruction est faite d'urgence. Des cours et des conférences pour la rééducation des malades sont prévues dans ce sanatorium.

En *Italie* la loi du 5 mars 1923 condamne les trafiquants de stupéfiants à des peines allant de six mois à un an de réclusion et une amende de 2.000 à 6.000 livres. Les lieux

de réunions des toxicomanes sont fermés par autorité de la loi, les meubles vendus et les stocks de poison confisqués. Les organisateurs de ces réunions, même s'ils les ont faites à titre privé et sans but lucratif, sont punis des mêmes peines que les trafiquants. Les participants à ces réunions sont également punis d'amende, variant entre 1.000 et 5.000 liras.

Les médecins, qui ne spécifient pas sur les ordonnances le nom, le prénom et l'adresse du malade, sont coupables d'amende de 2.000 à 5.000 liras.

En *Roumanie* une loi récente pour combattre l'abus des stupéfiants (12 avril 1928) punit, de un à deux ans de prison et d'une amende de 10.000 à 100.000 lei, tous ceux qui importeront ou essayeront d'importer par des moyens clandestins, de même que ceux qui fabriqueront ou essayeront de fabriquer des substances stupéfiantes sans autorisation spéciale.

Une peine de six mois à un an de prison et une amende de 10.000 à 100.000 lei frappe tous ceux qui détiennent n'importe quelle quantité de stupéfiants, ceux qui seront trouvés porteurs sans motif légitime, ceux qui auront obtenu ou essayé d'obtenir au moyen d'ordonnances fictives lesdites substances, ceux encore qui feront usage en société d'autrui ou offriront ou faciliteront l'usage des stupéfiants gratuitement ou moyennant argent, soit en procurant dans ce but un local soit par tout autre moyen.

Enfin, la même peine est encourue par les médecins qui faciliteront l'obtention et l'emploi abusif des stupéfiants, — constaté comme tel par le Conseil Sanitaire Supérieur, — ainsi que par les pharmaciens qui délivreront ces substances sans ordonnances médicales ou sur ordonnances d'eux connues comme falsifiées ou fictives.

L'instruction judiciaire est faite d'urgence.

En *Suisse*, en dehors de la loi fédérale du 2 octobre 1924 sur les substances stupéfiantes, il existe des lois cantonales

spéciales, intéressantes au point de vue de la prophylaxie sociale : ainsi une loi du Canton de Genève (8 janvier 1922) prévoit que « les personnes affligées de toxicomanie peuvent, sur un certificat médical, être internées dans un asile d'aliénés, en vertu d'une décision du juge. Les dispositions de la loi sur les aliénés et les règlements relatifs à son exécution s'appliquent sans modification aucune aux cas de ce genre ».

Le Canton de Vaud a de même étendu en 1921 aux toxicomanes les dispositions législatives régissant l'internement des aliénés. L'internement qui doit permettre une cure complète de désintoxication peut durer de six mois à un an. L'expertise médico-légale intervient dans ces cas.

Conventions internationales

La fabrication des drogues stupéifiantes, leur surproduction, la contrebande de plus en plus florissante, stimulée par leur acquisition facile et par les énormes bénéfices qu'elles rapportent, sont les problèmes internationaux que soulève la lutte contre la toxicomanie.

Les efforts faits pour résoudre ces questions intéressant l'hygiène internationale — et par elle toutes les hygiènes nationales — ont commencé avec la réunion d'une *Commission Internationale à Shangaï* en 1909; cette Commission, qui s'occupa spécialement des ravages provoqués par l'abus de l'opium et de ses dérivés en Chine et dans l'Orient, réclama des mesures sévères tendant à surveiller la fabrication, la vente et la distribution de ces drogues.

La première *Conférence Internationale de l'Opium* tenue à La Haye en 1911 aboutit à une *Convention Internationale*¹ destinée à supprimer progressivement l'abus de l'opium, de la morphine et de la cocaïne ainsi que des drogues pré-

1. Cette Convention porte la date de 23 janvier 1912.

parées ou dérivées de ces substances. La convention prévoit que « les puissances contractantes collaboreront les unes avec les autres afin d'empêcher que les stupéfiants ne tombent entre les mains de personnes non qualifiées. Elles n'en permettront pas l'exportation du territoire de l'une des puissances contractantes à celui d'une autre, sauf lorsqu'ils seront la possession de personnes munies de permis stipulés par les lois ou les règlements des pays importateurs ».

En 1913, une nouvelle conférence fut organisée et enfin une troisième peu avant la guerre. 44 nations, sur les 46 représentées, signèrent la Convention de l'Opium et 11 la ratifièrent. Avec la guerre, la question resta en suspens jusqu'au *Traité de Versailles*. L'article 295 du Traité prévoit que la ratification du traité de paix comportera celle de la Convention de l'Opium. Enfin l'article 23 du *Pacte de la Société des Nations* « charge la Société du contrôle général des accords relatifs au trafic de l'opium et des drogues nuisibles ».

Une *Commission consultative de l'opium* est créée qui commence à siéger à Genève depuis mai 1921. Elle réclame des mesures sévères contre la contrebande des stupéfiants et propose une enquête pour déterminer les quantités de morphine, de cocaïne, d'héroïne, d'opium, etc., nécessaires pour les besoins légitimes de chaque pays.

Préparées par cette Commission Consultative, se réunirent, presque en même temps, (octobre 1924-février 1925) à Genève, deux *Conférences Internationales*. La première discuta la question de la restriction de l'usage de l'opium surtout en Orient. La deuxième s'occupa de la production, de la fabrication et de la contrebande de l'opium brut et médicinal, de la morphine, de l'héroïne, de la coca et de la cocaïne, de l'éconine et du chanvre indien. Elle élaborait une *Convention Internationale réglementant le contrôle du commerce des stupéfiants* signée le 9 février 1925.

Des 44 Etats représentés à cette Conférence, la plupart ont ratifié depuis cette Convention; la France l'a promulguée le 3 novembre 1928.

Cette Convention comprend, entre autres, ces points principaux : limitation des villes et des ports par lesquels pourront se faire l'exportation ou l'importation de l'opium brut et des feuilles de coca; dispositions limitant l'emploi des stupéfiants aux buts médicaux et contrôlant leur circulation depuis la production jusqu'à leur consommation; possibilité de soumettre — sur l'avis du Bureau International d'Hygiène de Paris — au régime de contrôle toute nouvelle substance capable d'engendrer la toxicomanie; limitation des quantités de stupéfiants que les pharmaciens sont autorisés à délivrer sans ordonnance en cas d'urgence¹; obligation pour les Etats signataires d'envoyer chaque année au Comité Central une liste des quantités des substances nécessaires à la consommation médicale et, d'autre part, de fournir en même temps une statistique indiquant la balance entre la production et la consommation licite de ces substances; obligation pour chaque Etat de confisquer les substances faisant objet d'un commerce illicite et de rendre compte au Comité Central de l'emploi réservé aux drogues saisies; assistance mutuelle des Gouvernements pour la répression des délits s'étendant à plusieurs pays (contrebande).

La collaboration internationale apporte donc des armes puissantes dans la lutte contre les toxicomanies, mais qui, en raison de leur existence récente, n'ont pas encore donné des résultats pratiques. D'autre part de grandes question internationales restent ouvertes :

1. Teinture d'opium, laudanum, poudre de Dower : quantité maxima correspondant à 0 gr. 25 d'opium officinal.

celle de la production de l'opium et des feuilles de coca; celle de la fabrication de la morphine, de l'héroïne, de la cocaïne. Etant donnés les grands intérêts économiques qui sont en jeu, la Conférence a été réduite à émettre un vœu pour la résolution de ces problèmes, vœu qui mettra probablement longtemps pour arriver à une réalisation pratique.

Mais, avant tout, la lutte contre les toxicomanies comporte toute une série de moyens efficaces, allant du traitement individuel du malade jusqu'à la prophylaxie sociale.

Le traitement du toxicomane doit être obligatoire; le traitement à domicile est illusoire; il aura donc lieu dans un service hospitalier destiné spécialement à cet effet. La cure commencée sera obligatoirement terminée.

Les suites du traitement seront assurées par une œuvre de surveillance médico-sociale, qui cherchera à consolider les résultats et empêcher les récidives et, d'autre part, à dépister les cas nouveaux dans l'entourage du malade.

La lutte contre les facteurs individuels, par des mesures générales d'hygiène sociale et d'eugénique, doit comprendre en particulier : le dépistage et le traitement des arriérés, des pervers, des déséquilibrés à l'école et à l'occasion du service militaire; la création de nouveaux services de prophylaxie mentale soignant à temps les prédisposés, les empêchant de verser dans la toxicomanie; l'orientation et la sélection professionnelle, qui réduira le nombre des inadaptés, eux aussi candidats aux toxicomanies.

Le grand nombre des toxicomanies résultant d'un traitement médical sera une raison de prudence dans la prescription des stupéfiants; les médecins doivent se pénétrer du danger de l'accoutumance à ces toxiques, surtout chez les prédisposés.

CONCLUSIONS

Par leurs causes, par les raisons économiques présidant à la fabrication et à la diffusion des drogues stupéfiantes, par leur extension, par le grand nombre d'individus appartenant à toutes les classes qu'elles frappent, par leurs effets nocifs sur la natalité et la descendance, les toxicomanies constituent une maladie sociale.

Le toxicomane, charge de sa famille et de la société, est dangereux pour lui-même et pour les autres par les actes qu'il accomplit sous l'influence des toxiques et surtout de l'état de besoin et par le prosélytisme qu'il exerce dans son entourage.

La lutte contre les toxicomanies s'impose sur les bases suivantes : il faut considérer le toxicomane comme un malade et le traiter, au besoin, malgré lui, d'où la nécessité de services spéciaux de désintoxication. La loi française de 1916 nous semble insuffisante à ce point de vue; il est à désirer que des règlements ou une loi spéciale permettent d'imposer au malade un traitement obligatoire (d'une durée d'environ six semaines à trois mois) jusqu'à sa complète guérison et, en cas de récurrence, d'impulsivité toxicomane tendant aux rechutes

réitérées, de l'obliger à une hospitalisation prolongée (pouvant aller de six mois à un an ou plus) pour une rééducation et réadaptation à la vie normale;

Consolider les suites du traitement par une œuvre de surveillance médico-sociale;

Limiter, par une prescription médicale plus prudente, le grand nombre de cas de toxicomanie d'origine thérapeutique;

Lutter contre les facteurs sociaux et contre les facteurs individuels prédisposant à la toxicomanie, par des mesures générales d'hygiène sociale et d'eugénique;

Augmenter les pénalités prévues par la loi contre les agents de diffusion des stupéfiants (trafiquants et leurs complices) et sévir avec rigueur contre les pharmaciens et les médecins qui se font les fournisseurs des toxicomanes.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président de la Thèse,
H. CLAUDE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Achard** (Ch.), **Mouzon** (J.), et **Bloch** (S.). — Empoisonnements barbituriques (*Acad. de méd.*, 30 juin 1925).
- Avril** (E.). — La Cocaïnomanie (*Thèse de Lyon*, 1908).
- Ball** (B.). — La Morphinomanie (*Revue scientifique*, 1884).
- Baudelaire**. — *Les Paradis artificiels*, Paris, Calmann-Lévy, éditeur.
- Beluze** (V.). — De l'éthéromanie (*Thèse de Paris*, 1885).
- Block** (L. de). — *Toxicomanies*, Paris, 1927, Vigot fr., éd.
- Boyer** (P.). — Sur quelques nouveaux dérivés des alcaloïdes de l'opium (*Bulletin médical*, 1929, p. 393).
- Bravetta** (E.) et **Invernizzi** (G.). — Il cocainismo (*Note Riv. di Psich. X et XI*, Pesaro 1922-23).
- Brouardel**. — *Opium, Morphine, Cocaïne*, Paris, 1906, Baillière et fils, éd.
- Boussange** (G.). — Le péril toxique en France et la loi du 12 juillet 1916 (*Thèse de Paris*, 1922, n° 218).
- Camargo** (R.). — Nova legislação brasileira destinada a reprimir los vicios da cocaína, da morfina et do alcool (*Rev. med.-cirurg. do Brazil*, set. 1921).
- Cazeneuve** (P.). — L'exercice de la médecine et de la pharmacie en face de la législation de 1916 (*Lyon médical*, 10 janvier 1923).
- Chambard**. — *Les Morphinomanes*, Paris, 1893, Rueff, éd.
- Chevallier** (A.). — Essai sur le cocaïnisme nasal (*Thèse de Paris*, 1912, n° 125).

- Clérambault** (G.-G. de). — Notes sur l'Ethérisme (*Arch. internat. de neurolog.*, 1910, p. 268).
- Claude** (H.). — Sur quelques poisons sociaux : la morphine et la cocaïne (*Revue scientifique* 1923, p. 509).
- Comar** (G.) et **Buvat** (J.-B.). — Les toxicomanies, à propos d'un cas d'héroïnomanie (*Presse médicale*, 1904, p. 428).
- Copeland**. — The narcotic drug and the New-Yorkcity Health Department (*Weekly Bull. of the dep. of health City of New-York*, 21 novembre 1920).
- Courtois-Suffit** et **Giroux** (R.). — *La Cocaïne*, Paris 1919, Masson et Cie. éd.
- Le trafic de la cocaïne d'après les documents judiciaires récents : son extension et sa répression insuffisante (*Acad. de méd.*, 21 juin 1921; 18 juillet 1922).
- Réglementation internationale des stupéfiants, notamment de la cocaïne. Rapport au VIII^e Congrès de Médecine légale, Paris, mai 1923; discussion : Vervaeck, Dervaux, Balthazard, Briand, etc. (*Ann. de méd. lég. crimin. et police scientif.*, mai 1923, p. 295 et 391).
- Cyrill** (V.) et **Berger** (Dr). — *La « Coco », poison moderne*, Paris, 1924, Flammarion, éd.
- Debove**. — Un médecin morphinomane (*La méd. moderne*, 1895, p. 389).
- De la morphinomanie (*Presse médicale* 1902, p. 291).
- Duhem** (P.). — L'héroïne et les héroïnomanes (*Progrès médical*, 1907, p. 113).
- Dupouy** (R.). — *Les Opiomanes*, Paris, 1912, Alcan, éd.
- Morphinomanie familiale d'origine thérapeutique (*L'Encéphale*, 1912, p. 499).
- Quelques réflexions sur la morphinomanie (*Ann. méd.-psychol.*, 1922, p. 453).
- Traitement de la morphinomanie (*Bulletin médical*, 1924, p. 1193).
- Dupré** (E.) et **Logre** (J.-B.). — Intoxication par l'opium,

la morphine, l'éther, la cocaïne (in *Nouv. Traité de méd. Roger, Widal, Teissier*, fasc. VI, Paris, 1921, Masson et C^{ie} éd.

Farrère (Claude). — *Fumée d'opium. Les Civilisés. Les petites alliées.* Paris, Flammarion, éd.

Friley (F.). — Les cures de désintoxication comparées pour la morphine et le tabac. (*Thèse de Paris*, 1925, n° 540).

Gaubert (R.). — Contribution à l'étude de la cocaïnomanie (*Thèse de Montpellier*, 1913).

Gogan (V.). — La Morphinomanie (*Thèse de Bucarest*, 1928).

Guillain (G.). — L'intoxication par la cocaïne (*Journal méd. franc.*, juin 1914).

Guimbail. — *Les morphinomanes*, Paris, 1899, Doin, éd.

Hesnard (A.). — Note sur les fumeurs de chanvre en Orient (*L'Encéphale*, 1912, p. 40).

Hodée (G.). — Contribution à l'étude des causes, de la prophylaxie et du traitement de la morphinomanie (*Thèse de Paris*, 1895).

Icard (L.). — Contribution à l'étude du cocaïnisme (*Thèse de Paris*, 1895).

Jacob (W.). — Zur Statistik des Morphinismus (*Archiv für Psychiatr. und Nervenkr.* 1925, p. 212).

Jenning (O.). — *Morphinisme et Morphinomanie* (trad. H. Mignon), Paris, 1910, Vigot fr., éd.

Lautier (J.). — Les injections de laudanum (*Gaz. des hôp.*, 1919, p. 866).

Lefèvre (R.). — Contribution à l'étude de la Morphinomanie (*Thèse de Paris*, 1905).

Legrain. — Toxicophilie. Toxicomanie. Poisons de l'Intelligence (morphine, cocaïne, éther, etc.) in *Trait. de Path. méd. et de Thérap. appliquée*, t. XXII. Paris, 1922, Maloine et fils, éd.

— La criminalité des toxicomanes. Rapport au XXVII^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Bezan-

- gon, 1923; discussion : Sollier, Logre etc. (*L'Encéphale* 1923, p. 601; *Ann. méd.-psychol.* 1923, p. 263).
- Médecine sociale des Poisons, in *Trait. de Path. méd.*, t. XXXIII. Paris, 1925, Maloine et fils, éd.
- *Les grands narcotiques sociaux*, Paris, 1925, Maloine et fils, éd.
- Lewin** (L.). — *Les Paradis artificiels* (Trad. Dr Gidon), Paris, 1928, Payot, éd.
- Logre** (B.-J.). — *Toxicomanies*. Paris, 1924, Librairie Stock.
- Maier** (H. W.). — *La Cocaïne* (Hist. Pathol. Clinique. Thérap. Défense sociale). Trad. Dr Jankélévitch. Paris, 1928, Payot, éd.
- Margarot** et **Blanchard**. — Le cocaïnisme euphoristique (*Gaz. méd. Montpellier*. I, 1913).
- Ethéromanie et éthérisme (*Montpellier méd.*, 1912, p. 545).
- Morat** (D.). — Le sang et les sécrétions au cours de la morphinomanie et de la désintoxication (*Thèse de Paris*, 1911.)
- Palardy** (H.). — Le narcotisme et la médecine (*Union méd. du Canada*, I. 1922).
- Paulian**, (Em. Dem.) et **Tomovici**. — La Scopolaminomanie (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1922, p. 1567).
- Perrot** (Em.). — Contrôle international du commerce des stupéfiants. Conférence internationale de Genève (1924-1925). Paris 1925. Edit. *Bull. des Sciences Pharmacologiques*.
- La lutte internationale contre l'opium et les drogues stupéfiantes (*Revue scientif.*, 1925, p. 449).
- Pichon**. — *Les Morphinomanes*. Paris, 1890, Doin, éd.
- Porak** (R.). — *Les Stupéfiants*, Paris, 1927, Doin, éd.
- Quincey** (Th. de). — *Les confessions d'un mangeur d'opium*.

- Souvenirs autobiographiques du mangeur d'opium.*, Paris, Librairie Stock.
- Roubinovitch** (J.). — Médecine légale des toxicomanes (*Bulletin méd.*, 1924, p. 1197).
- Sollier** (P.). — Héroïne et Héroïnomanie (*Presse méd.*, 1905, p. 716).
- Recherches sur la viscosité sanguine pendant l'intoxication morphinique (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 1922, p. 428).
- Tardieu** (A.). — Intoxication aiguë par le Véronal et les autres dérivés de la malonylurée (Barbiturisme). (*Thèse de Paris*, 1924).
- Thomas** (F.). — La Morphinomanie. La Cocaïnomanie (*Arch. méd.-chir. de province*, 1924, p. 142 et 240).
- Tirelli**. — Morphina e Cocaïna (*Arch. di Antrop. crim. psych. e med. leg.*, II, 1920).
- Toulouse** (E.), **Genil-Perrin** (G.) et **Targowla** (R.). — Prophylaxie mentale in *Trait. de Path. méd. et de Thérap. appliquée*, t. XXXIII. Paris 1925, Maloine et fils, éd.
- Toulouse et Monique**. — L'Evolution de l'Hygiène et de la Prophylaxie mentale (*L'Hygiène mentale*, mars-avril 1926).
- Vervaeck** (L.). — Existe-t-il un péril toxique en Belgique? (*Progrès méd.*, 1926, p. 1208).
- Viguié** (E.). — Contribution à l'étude de la démorphinisation (*Thèse de Paris*, 1903).
- Viel** (L.). — La Toxicomanie (*Presse méd.*, 1909, p. 900).



